



INSTITUTET FÖR
HÄLSA OCH VÄLFÄRD

Ilmo Keskimäki (red.)

Annus Medicus Fenniae 2009

Oslo, 26 augusti 2009

© Skrivarna ja Institutet för hälsa och välfärd

Layout: Christine Strid

Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors 2009

Universitetstryckeriet
Helsingfors 2009

Innehåll

Förord	5
<i>Pekka Puska, Generaldirektör</i>	
Från och med 2009 gick Stakes och Folkhälsoinstitutet samman till Institutet för hälsa och välfärd	6
<i>Pekka Puska, Generaldirektör</i>	
Pandemisituationen för Influenta A(H1N1) i Finland 6.8.2009 och beredskapen vid utredning	8
<i>Juhani Eskola, Överdirektör</i>	
Sammandrag av några böcker som utgivits 2008–2009 från KTL, Stakes och THL.....	10
Sammandrag från KTL.....	10
Sammandrag från Stakes.....	15
Sammandrag från THL	20
Några pressmeddelanden från social- och hälsovårdsministeriet	26
Några pressmeddelanden från KTL, Stakes och THL.....	76
Pressmeddelanden från KTL 13.5.–31.10.2008.....	76
Pressmeddelanden från Stakes 30.5.–12.12.2008.....	82
Pressmeddelanden från THL 2009	88

FÖRORD

PEKKA PUSKA, GENERALDIREKTÖR

Inom den finländska hälso- och sjukvården har det gångna året från sommaren 2008 till sommaren 2009 varit ett år med betydelsefulla händelser. Strukturen för instituten underställda social- och hälsovårdsministeriet genomgick en omfattande omorganisation. Folkhälsoinstitutet (KTL) och Stakes slogs ihop till ett stort och övergripande forsknings- och expertinstitut: Institutet för hälsa och välfärd (THL). Detta projekt beskrivs mer i detalj i rapporten.

Generaldirektör Vappu Taipale ledde Stakes från dess inrättande tills hon gick i pension just före sommaren 2008. Den sista tiden leddes Stakes av professor Mauno Konttinen, som blev överdirektör vid det nya institutet och som gick i pension sommaren 2009.

Även inom tillstånds- och tillsynsarbetet på social- och hälsovårdsministeriets verksamhetsområde bildades det ett nytt institut genom sammanslagning: Valvira (Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården). Våren 2009 beslutade ministeriet också att en ny läkemedelscentral ska inrättas och att den ska placeras i Kuopio (nuvarande läkemedelsverket läggs ned). Arbetshälsoinstitutet genomgick en internationell evaluering våren 2009.

Servicesystemet inom socialvården och hälso- och sjukvården diskuterades och förbereddes för fullt. Till följd av lagen om en kommun- och servicestrukturreform gick många små kommuner ihop eller skapade samarbetsområden. Social- och hälsovårdsministeriet har berett en sammankoppling av den specialiserade sjukvården och primärvården inom ramen för lagen om hälso- och sjukvård. En särskild prioritering är att stärka primärvården.

Landets regering och social- och hälsovårdsministeriet har flera principprogram och handlingsprogram. Vid genomförandet av dem har THL en viktig uppgift. Exempel på sådana program är det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste), politikprogrammet för hälsofrämjande, statsrådets principbeslut om utvecklingslinjerna för motion och kost som främjar hälsa, programmet för psykisk hälsa och missbruksarbete (det s.k. Mieli-programmet), samt åtgärdsprogrammet Fungerande hälsocentral.

FRÅN OCH MED 2009 GICK STAKES OCH FOLKHÄLSOINSTITUTET SAMMAN TILL INSTITUTET FÖR HÄLSA OCH VÄLFÄRD

PEKKA PUSKA, GENERALDIREKTÖR

Från och med 2009 gick två betydande institut, nämligen Stakes och Folkhälsoinstitutet, som var underställda social- och hälsovårdsministeriet, ihop och Institutet för hälsa och välfärd (THL) bildades.

Stakes hade varit verksamt sedan 1992 och haft till uppgift att forska i och utveckla socialvården och hälso- och sjukvården samt att upprätthålla statistik och register inom dessa områden. Folkhälsoinstitutet hade varit verksamt sedan 1911 under olika namn och hade stegvis utvidgat sin verksamhet. Dess uppgifter omfattade forsknings- och expertarbete med fokus på befolkningens hälsa och förebyggande av sjukdomar. Dessutom hade Folkhälsoinstitutet några nationella uppgifter inom sektorn.

Orsaken till samgången var dels att institutens uppgiftsområden hade närmat sig varandra, dels att landets regering som inlett sin verksamhet 2007 strävade efter att utveckla centralförvaltningens institutionsstruktur. Hösten 2007 begrundade två utredningsmän, som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet, hur ministeriets institutionsförvaltning kunde utvecklas. I december 2007 föreslog de i sin rapport att Stakes och Folkhälsoinstitutet skulle slås samman till ett enda övergripande forsknings- och expertinstitut. De föreslog också att Rättsskyddscentralen för hälsovården (TEO) och Social- och hälsovårdens produkttillsynscentral (STTV) skulle slås samman till ett större ämbetsverk för tillstånd och tillsyn (Valvira, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården).

Utlåtandena om utredningsmännens rapport var positiva. Följaktligen fattade social- och hälsovårdsministeriet och den socialpolitiska ministergruppen ett principbeslut om sammanslagningen i februari 2008. Social- och hälsovårdsministeriet upprättade sedan beredningsorganisationen. Dess centrala organ var styrgruppen (ordförande statssekreterare Oksala) och ledningsgruppen (ordförande generaldirektör Puska). Och under dessa fanns det tiotal arbetsgrupper. Beredningsorganisationen utformade först institutets strategiska grundval och efter det ledningssystemet. Sist utformades organisationen. På hösten överlämnades till riksdagen en lagproposition om det nya institutet. Efter en snabb behandling av lagpropositionen godkändes den i november 2009. I december 2009 utsåg landets regering institutets generaldirektör (Pekka Puska), medan social- och hälsovårdsministeriet utsåg fyra överdirektörer.

THL:s uppgift är att främja finländarnas hälsa och välfärd, att förebygga sjukdomar och sociala problem samt att stödja och styra servicesystemet inom socialvården och hälso- och sjukvården. Centrala uppgifter är också statistik, register och uppföljning inom sektorn samt några nationella uppgifter inom den. Institutet utför sin uppgift genom forsknings-, expert- och utvecklingsarbete, styrning, statistik-, uppföljnings- och utvärderingsarbete samt internationellt samarbete. ”Informationsstyrning” beskriver bra av vilken karaktär det centralaste arbetet är.

THL är ett generaldirektörsverk, vars generaldirektör rapporterar direkt till ministeriet. Institutet är indelat i fyra huvudsakliga verksamhetsområden med avdelningar och enheter: 1. Velfärds- och hälsopolitik (överdirektör Marja Vaarama), 2. Främjande av välfärd och hälsa (överdirektör Erkki Vartiainen), 3. Hälsoskydd (överdirektör Juhani Eskola) och 4. Social- och hälsotjänster (överdirektör Marina Erhola). Horisontala strukturer är Gemensamma tjänster (förvaltningsdirektör Jaakko Penttinen), Kommunikation och PR samt Information. Institutet

har dessutom en enhet för strategi och utveckling (strategidirektör Terhi Lönnfors) och en internationell enhet.

THL har 1 300–1 500 anställda. Dess årsbudget är cirka 100 miljoner euro, av vilka två tredjedelar är anslag ur statsbudgeten. Huvudsätet finns i Helsingfors, men nationell verksamhet bedrivs också i Jyväskylä, Kuopio, Tammerfors, Uleåborg, Vasa och Åbo. Målet är att stärka enheterna utanför huvudstadsområdet.

I januari 2009 utnämndes institutets avdelningsdirektörer och i februari enhetscheferna. I slutet av mars tog de anställda emot sina uppgifter i den nya organisationen. År 2009 är det år när det nya institutets verksamhetskultur skapas och olika förfarings- och tillvägagångssätt etableras.

Förväntningarna på det nya institutet är stora. Trots att sammanslagningsprocessen var omfattande med tanke på den snäva tidsfristen, förlöpte den mycket väl tack vare olika aktörers positiva medverkan – inte heller i offentligheten förekom någon kritik av betydelse.

PANDEMISITUATIONEN FÖR INFLUENZA A(H1N1) I FINLAND 6.8.2009 OCH BEREDSKAPEN VID UTBREDNING

JUHANI ESKOLA, ÖVERDIREKTÖR

Allmänt

Influensa A(H1N1)-epidemin sprids till Finland under sommaren. Den 6 augusti var antalet bekräftade fall 186, men det faktiska antalet var högre än detta. Man räknar med att cirka 30 procent av befolkningen kommer att insjukna under den första epidemivågen, som förväntas börja hösten 2009. Till följd av influensan kommer konsumtionen av hälso- och sjukvårdstjänster att vara två till tre gånger större än vid säsongsinfluensa. Influensans svårighetsgrad har för finländska patienters del liknat säsongsinfluensans. En stor del av patienterna har kunnat vårdas hemma. Hittills har det inte förekommit dödsfall.

I Finland ansvarar social- och hälsovårdsministeriet (SHM) för den allmänna planeringen, styrningen och tillsynen av bekämpningen av smittsamma sjukdomar. Inom länet ansvarar länsstyrelsen för detta. På nationell nivå är Institutet för hälsa och välfärd (THL) och på regional nivå sjukvårdsdistrikten de organ som stödjer beslutsfattande och bereder beslut. Det är kommunens skyldighet att inom sitt område organisera bekämpningen av smittsamma sjukdomar.

Uppföljning av sjukdomssituationen

Fram till slutet av juli strävade man efter att diagnostisera enskilda sjukdomsfall så exakt som möjligt, att aktivt behandla dem och att spåra dem som den sjuke varit i kontakt med (begränsningsskedet). Efter mitten av juli ökade antalet smittfall och misstänkta fall särskilt i huvudstadsområdet så snabbt att alla misstänkta fall inte kunde bekräftas genom laboratorieundersökningar och spridningen av smitta inte kunde förhindras genom att isolera de som insjuknat. Därför övergick Finland den 22 juli i enlighet med social- och hälsovårdsministeriets beslut till det så kallade lindringsskedet, varvid diagnostiken och behandlingsanvisningarna ändrades. Nu är målet att vårda patienter som hör till en riskgrupp och att lindra influensans effekter på samhället.

Under begränsningsskedet rapporterade hälso- och sjukvårdsaktörerna alla konstaterade (och virologiskt bekräftade) fall direkt till THL. Efter övergången till lindringsskedet sker uppföljningen via registret över smittsamma sjukdomar (virologiskt bekräftade fall), virologiska laboratorier och sjukvårdsdistriktens anmälningar, sentinelövervakning (influensa- och luftvägsinfektioner vid utvalda hälsovårdscentraler) i anslutning till öppenvårdsbesök samt sjukhus vårdanmälningar och datan i dödsorsaksregistret. Att utnyttja dessa uppföljningssystem inom influensauppföljningen och att finslipa detaljerna i anslutning till det är ännu på hälft.

Mediciner, vacciner och skydd

Det finns totalt cirka 2,5 miljoner behandlingsskurer av antivirala läkemedel (oseltamivir och zanamivir) i både kommersiella lager och statens beredskapslager. De kommersiella lagren räcker förmodligen åtminstone till slutet av augusti. När de tagit slut, beslutar social- och hälsovårdsministeriet om användningen av beredskapslagren. Avsikten är att sälja de läkemedel som finns i beredskapslagren till patienterna för självkostnadspris, vilket är knappt hälften av det normala priset. Försörjningsberedskapscentralen har också skaffat skydd för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Finland har beredskap att vaccinera hela befolkningen mot viruset A(H1N1). Cirka 5,3 miljoner vaccindoser har beställts från GSK. Dessutom har man kommit överens med ett annat företag om att vid behov köpa 5,3 miljoner vaccindoser av det. Vaccinleveranserna inleds i september-oktober, och man kommer att få cirka 250 000 doser i veckan. Enligt planen ska först den hälso- och sjukvårdspersonal som vårdar influensapatienter vaccineras, sedan de som hör till en riskgrupp och därefter möjligen den övriga befolkningen i enlighet med en plan som utarbetas separat. De slutliga besluten om prioriteringen av grupper och vaccinationsarrangemang fattas i början av hösten.

Anordnande av vård

Under begränsningsskedet vårdades alla patienter med bekräftad diagnos vid enheter för specialiserad sjukvård eller under deras överinseende. När influensan sprids under hösten, kommer hälsovårdscentralerna att ha huvudansvaret för vården. Dessutom kan företagshälsovården och den privata hälso- och sjukvården vårda patienter. Den specialiserade sjukvården inriktar sig på att vårda endast allvarligt sjuka.

Den kommunala hälso- och sjukvården har fått anvisningar utifall att influensan sprider sig. I vissa stora städer kommer man vid behov att vårda endast influensapatienter på en del av hälsostationerna. I andra städer är utgångspunkten att influensapatienter vårdas separat från andra patienter.

Social- och hälsovårdsministeriet har förhandlat med instanser som företräder arbetsgivare om hur man kunde agera så ändamålsenligt som möjligt vid sjukdomsfall, så att den sjuke inte behöver lämna in ett läkarintyg pga. en frånvaro orsakad av influensa.

Information och anvisningar

Institutet för hälsa och välfärd har också utarbetat särskilda anvisningar till hälso- och sjukvårdsanställda om diagnostik, vård, skydd osv. Dessutom finns på webben anvisningar och en omfattande kolumn med frågor och svar, som riktar sig till allmänheten. För läroanstalter och daghem har det utarbetats separata anvisningar. Övriga förvaltningsområden, som till exempel försvarsmakten, har utarbetat egna beredskapsplaner.

Man har försökt att sprida information på ett aktivt och heltäckande sätt om influensan och beredskapen inför den. Information finns tillgänglig på såväl social- och hälsovårdsministeriets som framför allt Institutet för hälsa och välfärds webbsidor. Dessutom kan allmänheten ringa en telefonupplysning för frågor om influensan. Medierna har regelbundet fått bakgrundsfakta. Samarbetet mellan medierna och myndigheterna har varit konstruktivt. På den statliga Rundradions tv-kanaler sänds en reklamsnutt om handhygien. Man har för avsikt att göra likadana informationsinslag om att hosta och vaccinera.

SAMMANDRAG AV NÅGRA BÖCKER SOM UTGIVITS 2008–2009 FRÅN KTL, STAKES OCH THL

Sammandrag från KTL

Sakkunnigrapport om hjärt- och kärlsjukdomar samt diabetes 2008 KTL, 2008

Sammandrag

Den föregående sakkunnigrapporten om hjärt- och kärlsjukdomar samt diabetes publicerades år 2005. Syftet med denna sakkunnigrapport är att beskriva hur förebyggande och behandling av hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes utvecklats under de senaste åren och ge rekommendationer för att effektivisera dessa. På 1970-talet baserades minskningen av hjärt- och kärlsjukdomar helt på sänkta kolesterol- och blodtrycksnivåer och minskad rökning. Utgående från FINRISKI-resultaten från år 2007 kan man uppskatta att mortaliteten i kranskärlssjukdomar i den arbetsföra befolkningen borde ha minskat med 60 procent p.g.a. att riskfaktorerna minskat. Enligt mortalitetsstatistiken har nedgången varit 80 procent. Största delen av minskningen beror på att riskfaktorerna minskat. Resten kan förklaras med nya behandlingsmetoder. Blodets kolesterolnivå sjönk inte mellan åren 1997 och 2002, men har efter det igen vänt neråt. Förändringarna i kosten är liknande: mellan 1997 och 2002 skedde inga förändringar i användningen av mättat eller fl eromättat fett, men mellan 2002 och 2007 har mängden mättat fett minskat och de fl eromättade fetternas andel ökat. Det mättade fett utgör numera 12 procent av energiintaget, medan rekommendationen är 10 procent. Det betyder att användningen av hårda fetter borde ytterligare minskas och användningen av fl ytande växtfetter gynnas. Den nedgång i befolkningens blodtryck som pågått i årtionden har stannat. Det beror högst sannolikt på ökat alkoholbruk och ökad övervikt trots att användningen av salt har minskat. Männen röker mindre och det ser ut som om också kvinnornas rökning för första gången skulle vända neråt. Enligt den senaste FINRISKI 2007-undersökningen ser det ut som om ökningen i övervikten skulle sakta in. Om ökningen i övervikt stannar av helt återstår att se i FINRISKI år 2012. Befolkningens viktuppgång är ett centralt hot mot folkhälsan, eftersom det leder till att diabetes typ 2 blir allt vanligare. Övervikt är en stor orsak till metabolt syndrom, till vilket hör dåliga blodfettsvärden och förhöjt blodtryck samt en ökad risk att insjukna i diabetes, kranskärlssjukdomar eller hjärninfarkt.

Också i framtiden är förebyggandet av kärlsjukdomar baserat på att minska riskfaktorerna. Nya behandlingsmetoder för akuta sjukdomar ska utvidgas och effektiviseras. Sekundärpreventionen och rehabiliteringen sköts också dåligt nu. Genom att förbättra sekundärpreventionen kan man avsevärt minska risken för att sjukdomarna uppträder på nytt

Satu Helakorpi, Ritva Prättälä, Antti Uutela

Den finländska vuxenbefolkningens hälsobeteende och hälsa, våren 2007 KTL, 2008

Sammandrag

Folkhälsoinstitutet har sedan år 1978 årligen verkställt postenkätundersökningen ”Den finländska vuxenbefolkningens hälsobeteende och hälsa” (AVTK). I denna rapport presenteras resultaten från undersökningen på våren 2007. Mål för uppföljningen är bland annat att kartlägga den nuvarande situationen i hälsobeteendet samt förändringar i det på lång och kort sikt. Undersökningens främsta delområden i hälsobeteendet är tobaksrökning, matvanor, alkoholkonsumtion och motion.

Ett nationellt representativt sampel på 5 000 i Finland fast bosatta finska medborgare i åldern 15–64 år utvaldes ur befolkningsregistret som undersökningsmaterial för år 2007. Enkätblanketten postades i april 2007. Till personer som inte hade svarat skickades enkäten på nytt tre gånger. Enkäten besvarades av 3 245 personer (svarsprocent var 65 %).

År 2007 rökte 26 procent av männen och 17 procent av kvinnorna dagligen. På lång sikt har männens tobaksrökning minskat i Finland. Kvinnornas tobaksrökning hölls länge på samma nivå som i mitten av 1980-talet, men har uppvisat en aningen sjunkande trend under de senaste åren. År 2007 sade sig 30 procent av männen och 47 procent av kvinnorna äta färska grönsaker dagligen. Av männen drack 46 procent fettfri mjölk eller ettans mjölk och motsvarande andel bland kvinnorna var 52 procent. På lång sikt kan man se att de matvanor som mäts i undersökningen allt mer följer näringsrekommendationerna. År 2007 låg alkoholkonsumtionen på samma nivå som året innan. År 2007 sade sig 50 procent av männen och 55 procent av kvinnorna motionera åtminstone en halvtimme på fritiden minst tre gånger per vecka.

De lägst utbildade röker mest. Skillnaderna i rökning mellan utbildningsgrupperna har ökat. Beträffande hälsosamma matvanor är skillnaden mellan utbildningsgrupperna fortfarande avsevärd. De som är högst utbildade uppgav sig följa matvanor som motsvarar näringsrekommendationerna bäst. Bland kvinnorna har skillnaderna i hälsosamma matvanor mellan grupperna däremot minskat. När man ser på männens alkoholkonsumtion har skillnaden mellan utbildningsgrupperna nästan försvunnit efter skattereformen år 2004, medan skillnaderna kvarstår bland kvinnorna: de högst utbildade kvinnorna uppger en större alkoholkonsumtion på veckonivå.

Antti Impinen, Philippe Lunetta, Anne Lounamaa

Dödsolyckor och alkohol i Finland 1987–2006 KTL, 2008

Sammandrag

Under de senaste åren har de alkoholrelaterade skadorna ökat och det finns ett stort behov av att vidta begränsande åtgärder. Med alkoholrelaterade dödsfall avses vanligtvis alkoholsjukdomar och -förgiftningar. Ofta glömmar vi bort att alkoholen också har andel i en stor del av dödsolyckorna och de dödsfall som berott på våldsverkan. För att minska de alkoholrelaterade dödsfallen borde man betydligt effektivare ingripa i dessa orsaker.

Olyckorna kostar årligen ca 3 000 finländare livet och är därmed den tredje vanligaste dödsorsaken i Finland. Olyckorna, självmorden och brotten mot liv leder varje år till att fler än

4 000 personer går en förtida död till mötes. Ungefär var fjärde av dem som omkom i olyckorna eller på grund av våld var fjärde onykter. Alkoholförgiftningarna stod för ungefär en sjättedel av dödsolyckorna och i fråga om övriga olyckor var nästan vart femte olycksoffer berusat.

Över 1 200 arbetsföra män omkommer i olyckor varje år. I mer än vartannat fall är alkoholen inblandad i det skedda. Enligt statistiken håller de alkoholrelaterade dödsolyckorna på att öka i antal.

Antalet dödsfall hör till de synligaste hälsoindikatorerna men kan ändå bara jämföras med toppen på ett isberg. På varje dödsolycka går det ett mångdubbelt större antal sådana olyckor som leder till invaliditet, sjukhusvård, sjukledighet eller andra mindre problem. Berusningen är vid sidan av ålder och kön den viktigaste enskilda faktorn bakom olyckorna.

I denna rapport presenteras den viktigaste statistiken om alkoholens andel i dödsolyckorna. Uppgifterna bygger på Statistikcentralens dödsorsaksstatistik.

Folkhälsoinstitutets arbetsgrupps utredning om vaccinering av barn mot rotavirus 26.11.2007 KTL, 2008

Sammandrag

Arbetsgruppen för vaccinering av barn mot rotavirus föreslår att alla småbarn erbjuds rotavirusvaccinering som en del av det allmänna vaccinationsprogrammet. Folkhälsoinstitutet tillsatte den 22 januari 2007 en arbetsgrupp vars huvudsakliga uppgift var att göra en bedömning av frågan om rotavirusvaccin bör ges till alla barn som en del av det allmänna vaccinationsprogrammet. Arbetsgruppen för rotavirusvaccinering har kartlagt sjukdomsburden av rotavirus bland barn och utrett skyddseffekten och säkerheten hos de vacciner som finns på marknaden samt analyserat de resultat som framgår av en kostnadseffektanalys. På basis av sitt utredningsarbete har arbetsgruppen kommit fram till att införande av rotavirusvaccin i det allmänna vaccinationsprogrammet skulle ha en betydande positiv effekt på barns välbefinnande. Ett införande av rotavirusvaccinering i det allmänna barnvaccinationsprogrammet skulle väsentligt minska antalet rotavirusrelaterade sjukhusvårdtillfällen och sjukhusinfektioner, användningen av andra sjukvårdstjänster samt arbetsfrånvaron bland föräldrar till små barn. Samtidigt skulle vi i vårt land sannolikt helt kunna undvika de dödsfall som barndiarréer i sällsynta fall kan leda till.

I Finland orsakar rotavirus varje vårvinter en diarréepidemi under vilken mer än 11 000 barn behöver sjukvårdsinsatser på grund av uttorkning. Ytterligare lika många barn måste vårdas hemma på grund av diarré, men klarar sig utan kontakt med sjukvården. Smittsamheten är hög på grund av de stora mängder virus som utsöndras i avföringen i samband med diarré. Handdesinficering och andra hygieniska åtgärder som effektivt förhindrar spridning av bakteriella diarréer har antagligen inte lika stor effekt när det gäller att förhindra spridningen av rotavirus.

De två rotavirusvacciner för peroral administration som finns att tillgå har båda en skyddseffekt på över 90 % mot svår rotavirusdiarré som kräver korrigerande av vätskebalansen. I de omfattande effekt- och säkerhetsstudier som har utförts har ingetdera av dessa vacciner konstaterats orsaka mer biverkningar än placebovaccin. Enligt dagens kunskapsläge skulle en vaccinering av små barn inte innebära någon risk för den övriga befolkningen, utan förmodligen leda till en minskning av antalet fall av rotavirusdiarré i hela befolkningen.

Enligt den kostnadseffektanalys som utförts vid Folkhälsoinstitutet står kostnaderna för båda vaccinerna i ett rimligt förhållande till den nytta som kan uppnås genom en vaccinering, då kostnaderna beaktas ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Ur samhällets synpunkt skulle ett

införande av rotavirusvaccinering i det allmänna vaccinationsprogrammet sannolikt innebära en kostnadsinbesparing.

Smittsamma sjukdomar i Finland 2007

Även om hotet om en influensapandemi inte har uppmärksamats så mycket under 2007, fortsatte arbetet med att förankra den nationella beredskapsplanen på sjukvårdsdistrikts- och primärvårdsnivå samt inom andra förvaltningssektorer. Under det gångna året har EU:s och WHO:s gemensamma utvärderingsgrupp bekantat sig med Finlands pandemiberedskap. I gruppens rekommendationer betonas vikten av planering och implementering av beredskapsarbetet på primärvårdsnivå. Det är i många avseenden fråga om att bygga upp en allmän beredskap att möta olika slag av oväntade biologiska hot. Detta bekräftades under den omfattande vattenburna epidemin i Nokia, där pandemiberedskapsplanen för Birkalands sjukvårdsdistrikt kom till användning i samarbetet mellan sjukvårdsdistriktet och de berörda kommunernas hälsovårdscentraler.

Strukturerna för övervakning av smittsamma sjukdomar samt detektion och utredning av utbrott förblev oförändrade under 2007. För att klarlägga effekterna av de förändringar i vaccinationsprogrammet som genomfördes under åren 2005–2006 har man utvidgat faktainnehållet i de uppgifter som samlas in till det riksomfattande registret för smittsamma sjukdomar i fråga om kikhosta och tuberkulos hos barn samt fästingburen encefalit (TBE).

Inom Europeiska smittskyddsmyndigheten ECDC i Stockholm fortsatte arbetet med att infoga EU:s decentraliserade sjukdomsspecifika övervakningsnätverk i ECDC:s organisation. Efter en grundlig utvärdering bestämdes att vissa sjukdomsspecifika övervakningsnätverk inte underställs ECDC:s samordningsgrupp, och att de fortsätter sin verksamhet i annan regi. Huvudparten av de uppgifter som samlats in inom ramen för EU-ländernas övervakning av smittsamma sjukdomar under 2007 förs in i en gemensam databas som administreras av ECDC. EU har gett ut en reviderad version av de falldefinitioner för den sjukdomsspecifika övervakningen som ligger till grund för medlemsländernas uppgiftsinsamling. För Finlands del innebär revisionen att grunderna för statistiken över antalet tuberkulosfall ändras från och med år 2007.

Översikt över det epidemiologiska läget år 2007

För luftvägsinfektionernas del noterades en klar ökning av antalet legionellafall jämfört med situationen under de föregående åren. I två kluster av legionellapneumoni med anknytning till utlandsturism fanns också turister från Finland bland de drabbade. Att liknande risker också kan förekomma i inhemska miljöer visar det utbrott av Pontiacfeber (en allergisk reaktion orsakad av legionellabakterien) som inträffade vid en industrianläggning i Finland. En allt större andel av fallen av legionellapneumoni har verifierats genom påvisande av antigen i urin. Denna metod har redan länge rekommenderats för användning, eftersom den är känsligare än andra metoder och skapar bättre förutsättningar för utbrottsdetektion inom ramen för övervakningssystemet.

Tarminfektionerna dominerades under början av året av norovirus och i november–december av den vattenburna magsjukes epidemin i Nokia. Under tiden januari–april inträffade en kraftig vinterepidemi orsakad av norovirus, och i samband med den ett antal utbrott på vårdinrättningar. Antalet anmälda norovirusinfektioner var betydligt större än under tidigare år. En viktig bidragande orsak var den av allt att döma kraftigt ökade användningen av laboratorietester för norovirus. Den vattenburna epidemin i Nokia orsakades av att delvis renat avloppsvatten av misstag blandades med vatten som var avsett för distribution. Denna epidemi, som orsakade flera tusen fall av magsjuka, var den största vattenburna epidemin i Finland under de senaste årtiondena. Epidemin blev upptakten till en riksomfattande kartläggning av risker i anslutning till vattensystem.

Utredningen av epidemin pågår fortfarande och kommer att ge en heltäckande bild av epidemins hälsomässiga och ekonomiska effekter.

Hepatit A försvann så gott som helt från det finländska sjukdomspanoramat 2007, och antalet fall av akut hepatit B minskade till en tiondel jämfört med situationen under det förra decenniet. Antalet nydiagnostiserade fall av hepatit C fortsatte att minska, speciellt bland tonåringar och unga vuxna. Denna utveckling stöder uppfattningen att den ökade vaccineringen av utlandsresenärer och särskilda riskgrupper mot hepatit A och B har haft effekt, i kombination med omfattande insatser för att minska missbruket av intravenösa droger och förebygga infektionsrelaterade skador.

Det totala antalet fall av sexuellt överförd sjukdomar ökade inte (men minskade inte heller). Sjukdomarnas epidemiologi uppvisar emellertid vissa oroväckande drag. I huvudstadsregionen noterades jämfört med tidigare år en kraftig ökning av antalet fall av syfilis bland män som har sex med män. Antalet hiv-fall i hela landet var på samma höga nivå som året innan. Vanliga smittvägar var sex mellan män och heterosexuella kontakter. Även om utlandsturismen är en viktig faktor vid spridning av syfilis och hiv, är smittrisen reell också i Finland. När det gäller antalet tuberkulosfall fortsatte den gynnsamma nedåtgående trenden. Av rent tekniska orsaker ökade antalet statistikförda fall något på grund av den ändring av statistikföringsgrunderna som genomfördes år 2007. Om man använder sig av jämförbara statistikföringskriterier, kan man konstatera att antalet fall av tuberkulos hos barn inte har ökat. År 2006 övergick man från BCG-vaccinering av samtliga nyfödda till vaccinering av riskgruppsbarn. De indikatorer som speglar läget i fråga om antimikrobiell resistens visar att det fortfarande finns anledning till oro: ingen förändring hade skett i det totala antalet MRSA-fall eller i MRSA-stammarnas andel av de Staphylococcus aureus-stammar som isolerats från blododling eller likvor. Av de Streptococcus pneumoniae-stammar som isolerats från blod- eller likvorodlingar hade 14 % nedsatt penicillin-känslighet, medan antalet VRE-stammar var dubbelt så stort som året innan. För att situationen ska förbättras måste man ytterligare förstärka arbetet med att bekämpa antimikrobiell resistens.

Folkhälsoinstitutets arbetsgrupps utredning om pneumokockvaccinering av barn KTL, 2008

Sammandrag

Folkhälsoinstitutet tillsatte den 22 januari 2007 en arbetsgrupp med uppgift att göra en bedömning om alla barn bör ges pneumokockkonjugatvaccin som en del av det allmänna vaccinationsprogrammet. Arbetsgruppen har kartlagt sjukdomsburden av pneumokocker för barn och vuxna samt sammanställt information om skyddseffekten och säkerheten hos tillgängliga vacciner. Arbetsgruppen har även låtit utföra en kostnadseffektanalys.

Bland finländska barn under 5 år orsakar pneumokocker årligen cirka 100 fall av sjukhusvårdskrävande invasiva infektioner, däribland 4 fall av svår meningit. Därtill orsakar bakterien tiotusentals fall av mellanöroninflammation samt tusentals fall av bihåleinflammation och lunginflammation. Bland vuxna och bland barn över 5 år orsakar pneumokockbakterien varje år 590 fall av invasiva infektioner (däribland 20 fall av meningit) och antas dessutom orsaka 10 % av de cirka 20 000 specialistsjukvårdskrävande fallen av lunginflammation.

För närvarande finns det tillgång till ett intramuskulärt vaccin (PCV7) som innehåller de 7 vanligaste av pneumokockbakteriens 91 serotyper. Cirka 75 % av alla invasiva pneumokockinfektioner orsakas för närvarande av sådana serotyper mot vilka PCV7-vaccinet ger skydd.

Vaccinets skyddseffekt hos barn är enligt litteraturen 89 % mot invasiva sjukdomar, 25 % mot radiologiskt verifierade lunginflammationer och 6 % mot alla typer av mellanöroninflammation. I Förenta staterna har man konstaterat att vaccinet minskar förekomsten av pneumokockinfektioner också i den ovaccinerade befolkningen. Detta beror sannolikt på minskat svalgbararskap bland vaccinerade barn, vilket innebär att ovaccinerade barn och vuxna som är i kontakt med vaccinerade barn inte blir smittade. I Förenta staterna har vaccineringen av barn konstaterats förebygga cirka en tredjedel av alla invasiva pneumokockinfektioner i den vuxna befolkningen.

På basis av sitt utredningsarbete har arbetsgruppen kommit fram till slutsatsen att det är förnuftigt att införa pneumokockkonjugatvaccinering i det allmänna vaccinationsprogrammet och att vaccineringen skulle ha en betydande positiv effekt på såväl barns som vuxnas hälsa. Genom att ta in PCV7-vaccinet i det allmänna barnvaccinationsprogrammet skulle man väsentligt kunna minska behovet av sjukhusvård på grund av pneumokockinfektioner, liksom användningen av andra sjukvårdstjänster och arbetsfrånvaron bland småbarnsföräldrar. Genom pneumokockvaccinering beräknas man årligen kunna förebygga i genomsnitt 1 dödsfall bland barn och cirka 25 dödsfall i den vuxna befolkningen. Effekten inom den ovaccinerade vuxenbefolkningen baserar sig på den indirekta flockimmunitet som vaccinationerna ger upphov till. Den enda önskade effekt som observerats vid storskalig vaccinering är en liten ökning av förekomsten av obstruktiv luftrörskatarr av övergående art bland vaccinerade småbarn. Inte ens i omfattande effekt- och säkerhetsstudier har man konstaterat några betydande biverkningar av vaccinet. Enligt dagens kunskapsläge skulle det ur befolkningssynpunkt vara förnuftigt att vaccinera barn med det nya pneumokockvaccinet, eftersom detta troligen skulle minska förekomsten av pneumokocksjukdomar i hela befolkningen.

Det är svårt att bedöma hur länge vaccinet ger ett optimalt skydd på befolkningsnivå. I en del länder som infört PCV7-vaccinering har man inom vissa regioner konstaterat en liten ökning i förekomsten av sådana serotyper som inte ingår i vaccinet.

Den kostnadseffektanalys som utförts vid Folkhälsoinstitutet visar att kostnaderna står i ett rimligt förhållande till den nytta som kan uppnås med en vaccinering, då åtgärden ses ur ett hälsooch sjukvårdsperspektiv och då även flockimmuniteten beaktas. Ur samhällets perspektiv skulle en investering i detta vaccinationsprogram återbetala sig nästan helt och hållet. Arbetsgruppen för utredning av pneumokockvaccinering av barn föreslår att konjugatvaccin mot pneumokocker tas in i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn.

Sammandrag från Stakes

Statistisk årsbok om socialvård och hälso- och sjukvård 2008 Stakes, Finlands officiella statistik, Socialskydd

Statistisk årsbok om socialvård och hälso- och sjukvård är en handbok, som innehåller de viktigaste statistiska uppgifterna om Finlands social-, hälso- och sjukvårdstjänster samt deras personal och kostnader. Därutöver innehåller årsboken uppgifter om reproduktiv hälsa, alkohol, narkotika och utkomststöd. Uppgifterna presenteras ur de olika klient/patientgruppernas synvinkel och som så långa, jämförbara tidsserier som möjligt. Uppgifterna har huvudsakligen tagits ur Stakes statistik och register. I översikten i början av årsboken beskrivs hur socialvården och hälso- och sjukvården utvecklats under senare år.

Nytt i årsboken är ett indikatoravsnitt med centrala uppföljningsindikatorer för central projekt inom socialvården och hälso- och sjukvården. Man har inbegripit sådana program-indikatorer för vilka uppgifter kan fås på nationell nivå, regional nivå och kommunnivå. I år ingår i årsboken uppföljningsindikatorer för det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste), kommun- och servicestrukturreformen och folk- hälsoprogrammet Hälsa 2015. Utöver dessa innehåller indikatoravsnittet också viktiga internationella indikatorer. I indikatorbanken SOTKANet (www.sotkanet.fi) kan dessa indikatorer tas fram i långa tidsserier på landsnivå eller indelade efter kommun eller region.

Utöver indikatorer innehåller SOTKANet viktiga statistikuppgifter om socialvården och hälso- och sjukvården. Den innehåller uppgifter från statistik, register och enkäter om socialvård och hälso- och sjukvård samt om befolkningens välfärd och hälsa. SOTKANet innehåller också viktiga internationella indikatorer. Indikatorbanken är fritt tillgänglig. Den har utvecklats som stöd för experter på social-, hälso- och sjukvårdsområdet vid planering, uppföljning och fattande av beslut.

Statistiska uppgifter hittas också på Stakes statistiksidor på webben (<http://www.stakes.fi/SV/tilastot/index.htm>). Om varje statistik som Stakes sammanställer utkommer ett gratis statistikmeddelande varje år. Åren 2008-2009 utkommer dessutom två samlingspublikationer som fritt tillgänglig nätpublikation: Statistisk årsbok om alkohol och narkotika 2008 och Privat serviceproduktion inom socialvården och hälso- och sjukvården. På statistiksidorna hittas också mer detaljerad information om Stakes statistik och statistiska publikationer samt en länk till portalen för Finlands officiella statistik (www.virallinen.tilasto.fi), via vilken alla uppgifter i Finlands cirka 300 officiella statistiker finns tillgängliga.

Årsboken har sammanställts med gemensamma krafter vid Stakes resultatområde Stakesinformation. Resultatområdet upprätthåller och utvecklar statistik och register på riksnivå samt bearbetar och förmedlar information med utgångspunkt i olika användargrupperns behov. Utvecklingschef Sari Kauppinen, specialplanerare Tapani Niskanen, special planerare Ari Virtanen och planerare Sirpa Virtanen har ansvarat för redigeringsarbetet av årsboken.

Reijo Sund

Metodologiska perspektiv på registerbaserad utvärdering av effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystem. Utveckling av ett system för uppföljning av höftfrakturer i Finland Stakes, 2008

Sammandrag

Hälso- och sjukvårdssystemets resurser är begränsade. För att dessa resurser skall kunna utnyttjas på ett så ändamålsenligt sätt som möjligt, behövs information om hälso- och sjukvårdssystemets effektivitet. I denna undersökning granskas hur finska registermaterial kan användas för att producera uppgifter om hälso- och sjukvårdens effektivitet som stöd för beslutsfattande.

I undersökningen utvecklas en metodologisk referensram till stöd för dataanalysen genom att kombinera metodologiska idéer från olika vetenskapsgrenar. Utgångspunkten är, att en undersökningsprocess som utnyttjar register behöver ske på materialets villkor, eftersom innehållet i registermaterial som insamlats för administrativa ändamål begränsar materialets användningsmöjligheter. Med hjälp av den utvecklade referensramen finns det möjlighet att hantera orsakerna till dessa oundvikliga begränsningar och deras följder på ett systematiskt sätt, som underlättar förståelsen och lösningen av de problem som är typiska för registerbaserade undersökningar.

Vid bedömningen av hälso- och sjukvårdens effektivitet krävs uppgifter om hälsoproblemens incidens, användningen av tjänsterna och vårdens kvalitet. För dessa ändamål utvecklas i denna undersökning en begreppsmodell för databehovet när det gäller uppföljningssystem för höftfrakturer och bekräftas att validiteten hos data i registermaterialet till dessa delar är tillräcklig. En metod som är förenlig med registermaterialen och som löser flera praktiska problem som är förknippade med uppföljningen av incidensen av höftfrakturer presenteras. Dessutom visas hur genomförandet av vården kan utvärderas med hjälp av registren för hela vårdkedjans del. Slutligen granskas hur vårdens kvalitet kan jämföras mellan olika sjukhus med hjälp av en mer detaljerat underbyggd effektivitetsindikator.

Som slutsats kan man konstatera, att de finska registermaterialen erbjuder utmärkta möjligheter att producera uppgifter om hälso- och sjukvårdens effektivitet, även om det innebär en ganska stor utmaning att försöka ta fram uppgifter som uppfyller kriterierna för användbarhet och vetenskaplighet. De synpunkter som presenteras i den här undersökningen bildar en underbyggd angreppsmetod som gör det lättare än tidigare att utnyttja registeruppgifter på ett effektivt sätt och hjälper vid utvecklandet av ett med rutinmässigt system för uppföljning av höftfrakturer.

Maijaliisa Junnila

Fungerar hälsovårdsområdet? Undersökning av bakgrunden till och effekterna av bildandet av Mänttäregionens hälsovårdsområde Stakes, 2008

Sammandrag

I Finland söks nya, innovativa, ekonomiska och fungerande sätt att organisera hälso- och sjukvårdstjänsterna. Modellerna för hälsovårdsdistrikt och hälsovårdsområden var nya verksamhetsmodeller, som presenterades i det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet. I beredningen av kommun- och servicestrukturreformen lyftes hälsovårdsdistrikt och social- och hälsovårdsdistrikt centralt fram som ett möjligt alternativ för organiseringen av social- och hälsovårdstjänsterna på regional nivå. Arbetsgruppen för beredningen av lagen om hälso- och sjukvård föreslår också att hälso- och sjukvårdstjänsterna organiseras utifrån regionala val antingen i form av samarbete mellan kommuner, samarbetsområden och sjukvårdsdistrikt eller i enlighet med modellen för hälsovårdsdistrikt.

Föremål för undersökningen är Mänttäregionens hälsovårdsområde, med hjälp av vilket kommunerna i Mänttäregionen och Birkalands sjukvårdsdistrikt gick in för att förnya områdets hälso- och sjukvård utifrån nationellt sett nya premisser. Bildandet av ett hälsovårdsområde bottnade i parternas vilja att dämpa hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling och trygga servicetillgången i området. Hälsovårdsområdet bildades genom att man slog samman två tidigare separata organisationer, kretssjukhuset och hälsovårdscentralen till en operativ helhet och av denna bildade en resultatenhet inom Birkalands sjukvårdsdistrikt.

Målet med undersökningen var att utreda 1) vilka effekter hälsovårdsområdet har på kommunernas hälso- och sjukvårdsutgifter samt tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster, 2) hur verkställandet av hälsovårdsområdet genomfördes och 3) vilka möjligheter hälsovårdsområdet erbjuder att förnya hälsovårdstjänsterna.

Verkställighetsprocessen följs upp med hjälp av en referensram, som bildats utifrån teorierna för verkställighetsundersökning. Verkställandet granskas ur den verkställande organisationens, personalens och det verkställande nätverkets synvinkel. Dessutom granskas omvärldens inverkan på verkställandet. Målet är att undersöka hur målsättningarna uppnåddes och identifiera

de faktorer som under förändringsprocessen främjade eller försvårade verkställandet. Det är fråga om en fallstudie, utifrån vilken det dras slutsatser för debatten om nya sätt att organisera hälsovårdstjänsterna.

Det empiriska stoffet för undersökningen består av sex olika kvalitativa och kvantitativa material. I undersökningen utnyttjades de undersökningsmetoder som bäst lämpade sig för att beskriva respektive forskningsproblem. Det kvalitativa materialet baserar sig på tre intervjuer med nyckelpersoner som gjordes under en tidsperiod av sex år. Artiklar och dokumentmaterial från lokaltidningen utgör den andra delen av det kvalitativa undersökningsmaterialet som användes för att fördjupa och åskådliggöra analysen. Genom enkäter samlades information både från befolkningen och från personalen före bildandet av hälsovårdsområdet och i slutet av verksamhetskedet. Effekterna av hälsovårdsområdet på kommunernas hälso- och sjukvårdsutgifter och tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster analyserades med hjälp av statistiskt material och behovsstandardiserade utgiftsuppgifter.

Undersökningen visar att hälso- och sjukvårdsutgifterna i relation till befolkningens behov i kommunerna i Mänttäreregionen stannade på medelnivån för Birkalands sjukvårdsdistrikt. Hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens behovsstandardiserade reella totala utgifter per invånare har efter bildandet av hälsovårdsområdet ökat betydligt långsammare i Mänttä och Vilppula än i Birkaland eller landet som helhet.

Under verksamhetskedet dämpades kostnadsutvecklingen på många sätt. De separata effekterna av olika metoder kan inte påvisas med denna undersökning. Bildandet av hälsovårdsområdet var ett klart strategiskt val av kommunerna och kan betraktas som en utvecklingsstrategi för hälso- och sjukvården. I och med förändringsprocessen antog kommunerna som verksamhetsstrategi att minska utgifterna genom att skära ned på hälsovårdsområdets verksamhet och budget. Utvecklingsstrategin för hälso- och sjukvården förändrades under verksamhetskedet till en saneringsstrategi för den kommunala ekonomin. Kommunernas försämrade ekonomiska situation både främjade och försvårade genomförandet av förändringen.

Styrgruppen hade en tydlig fullmakt att genomföra förändringen och gruppen fungerade som kommunernas påverkanskanal och stärkte kommunernas engagemang. Hälsovårdsområdet gjorde det möjligt att genomföra nödvändiga omläggningar, men det uppstod motstridigheter, då de olika parterna tolkade den målsatta utgiftsnivån på olika sätt utifrån sina egna utgångslägen.

Verkställandet främjades av att processen körde igång snabbt och att verkställarna redan deltog i utredningsskedet, då förändringsbehovet och målsättningarna konkretiserades. Undersökningen antyder att genomförandet av operativa förändringar förutsätter att personal frigörs för planeringen av förändringen. Hälsovårdsområdet möjliggjorde en samordning av tjänsterna och en reform av verksamhetsprocesserna, men tjänsternas operativa samordnande bestod i praktiken till största delen av strukturella lösningar.

Befolkningens uppfattning om kvaliteten på hälsovårdstjänsterna blev något mer kritisk under årens lopp. Man förhöll sig kritiskt i synnerhet till organiseringen av läkartjänster och upplevde att det blivit svårare att få fortsatt vård. Undersökningen låter också påskina att det är nödvändigt att informera om förändringarna på förhand och att låta befolkningen delta i planeringen av tjänsterna. Lokaltidningen fungerade som en informationskanal och betonade kommunernas och befolkningens synvinkel.

I Finland har sammanslagningen av social- och hälsovårdstjänster eller reformen av tjänster i någon mån utretts, och i de flesta undersökningar betraktas förändringen ur personalens synvinkel. I denna undersökning utreddes effekterna av den förändring som genomfördes ur flera olika perspektiv. Undersökningen är aktuell. Kommun- och servicestrukturreformen väntas starta en reform av social- och hälsovårdstjänsterna i vårt land. Dessutom kommer hälso- och sjukvården som helhet att införas under en och samma lag om hälso- och sjukvård. Hälsovårdsområdet, så som det genomförs i Mänttäreregionen, kunde utgöra en del av ett hälsovårdsdistrikt i enlighet

med förslaget till ny lag om hälso- och sjukvård, det kunde också vara ett sätt att förverkliga ett samarbetsområde i enlighet med kommun- och servicestrukturreformen.

Teija Hammar

Samordning av tjänster vid hemvård och utskrivning Stakes, 2008

Sammandrag

Undersökningens bakgrund: Undersökningen är en del av projektet Utveckling och testning av hemvårds- och utskrivningspraxis som samordnar tjänster (PALKO) under vilket man utvecklade, verkställde och utvärderade en ny praxis för hemvård och utskrivning som samordnar tjänster (PALKOmodellen). I PALKO-projektet deltog 22 kommuner och 35 hemvårdsklienter från varje kommun.

Avsikten med undersökningen var att beskriva hemvårdsklienterna och klienternas hjälpbehov samt bedöma PALKOmodellens inverkan och kostnadsinverkan med ett kontrollerat experiment. Bedömningsobjekt var handlingsförmågan hos hemvårdsklienterna, livskvaliteten i anslutning till hälsa, utnyttjande av tjänster och kostnaderna.

Undersökningens faser: Undersökningen består av två separata delundersökningar: (1) tvärsnitts- och (2) uppföljningsundersökningen. Efter datainsamlingen i tvärsnittsundersökningen randomiserades de undersökta kommunerna i experiment- och jämförelsegrupper. Interventionen i experimentkommunerna gällde de anställdas verksamhet och inverkningarna mättes på kundnivå.

Intervention: Interventionen utgjordes av stödd tillämpning av PALKOmodellen i experimentkommunerna. PALKOmodellen innehåller en generisk utskrivnings- och hemvårdspraxis som samordnar tjänster, utvärderingskriterier i anslutning till den och en metod för tillämpning av modellen i olika miljöer.

Undersökningsmaterial och metoder: Tvärsnittsmaterialet innehöll klientintervjuer (N=770), egenvårdarenkäter (770) och Sotkakommundatamaterial. Datainsamlingen genomfördes år 2001. Tvärsnittsmaterialet användes för att utreda hurdan den målgrupp är som påverkas med interventionen. Därtill granskades enigheten av kundernas och egenvårdarnas uppfattning om klientens handlingsförmåga och hjälpbehov. Uppföljningsmaterialet bestod av klientintervjuer (770) och registermaterial (Hilmo-, Sotkakommundata- och dödsorsaksregister från åren 2002–2004). Materialet sammanslogs med hjälp av klientens personbeteckning. Uppföljningsmätningarna genomfördes (2002–2004) när kunden skrevs ut från sjukhuset samt tre veckor och sex månader efter utskrivningen. Uppföljningsmaterialet användes för att utvärdera PALKOmodellens inverkan och kostnadsinverkan. Den ekonomiska utvärderingen genomfördes med kostnadsinverkananalys. Variabler: Klienternas livskvalitet i anslutning till hälsan mättes med Nottingham Health Profile-mätaren (NHP) och EQ-5D-mätaren. Handlingsförmåga mättes enligt hur klienten klarade av dagliga funktioner (PADL, IADL). Utnyttjande av tjänster och faktorer som förutspår sådant undersöktes med Anderssen-Newman-behavioural modellen. Utnyttjande av tjänster omfattade hemsjukvård, hemtjänst och utnyttjande av stödtjänster (måltider, färdtjänster, badning, städning och trygghetstelefon) samt mottagningsbesök hos läkare, i fysioterapi, på laboratorium, hos socialarbetare, hos hälsovårdare samt på tidsbeställnings- och jourpoliklinik. Dessutom undersöktes utnyttjande av sjukhus- och institutionsvård. Kostnaderna som orsakats av utnyttjande av tjänster mättes såsom enhetskostnader.

Resultat: Klienterna som utskrivs från sjukhus till hemvård och hemvårdsklienterna är i allmänhet äldre ensamboende kvinnor som har flera sjukdomar och försvagad handlingsförmåga. Klienterna ansåg att deras livskvalitet i anslutning till hälsa var sämre jämfört med andra finländare i samma ålder. Klienterna klarade av att utföra basfunktioner, såsom att äta och klä på sig men hade svårigheter med hushållsarbete, att bära saker och uträtta ärenden. Klienterna och egenvårdarna bedömer klienternas handlingsförmåga ungefär på samma sätt. Klienternas och de anställdas bedömning av klientens behov av hjälp för att klara de dagliga funktionerna avvek i stor grad från varandra. Klienterna utnyttjade mest hemtjänstens tjänster, och dessa utgjorde den största kostnadsgruppen av de totala kostnaderna. Måltidstjänstens och hemsjukvårdens tjänster utnyttjades allmänt. Privata tjänster (läkare, hemtjänst, hemsjukvård) utnyttjades endast i liten grad. Hos experimentgruppens klienter konstaterades efter tre veckor förbättring i mobilitetsdelen av livskvalitet i anslutning till hälsa när livskvaliteten mättes med NHP-mätaren. Utnyttjande av hemsjukvårds-, läkar-, laboratorie-, måltids-, städ-, badnings- och bastu- samt trygghetstelefontjänster och kostnaderna hade minskat vid uppföljningen efter sex månader. PALKOmodellen inverkade inte på klienternas handlingsförmåga, hälsotillstånd eller dödlighet. Utvärderingen av modellen utgående från NHP:s mobilitetsdel visade att modellen kan vara ett alternativ med större kostnadsinverkan jämfört med allmän praxis. Enligt EQ-5D kan PALKOmodellen inte anses inverka på kostnaderna.

Slutsatser: Undersökningen ger information om inverkan och kostnadsinverkan av en ny hemvårds- och utskrivningspraxis som samordnar tjänsterna (PALKOmodellen). Den utvecklade praxisen pekar på att när man utvecklar praxis för utskrivning och hemvård i samma riktning som PALKOmodellen är det möjligt för kommunerna att allt effektivare producera tjänster för den äldre befolkningen.

Sammandrag från THL

Marja Holmila, Katariina Warpenius, Leena Warsell, Minna Kesänen, Irmeli Tamminen

Lokal alkoholpolitik. Slutrapport från PAKKA-projektet
THL, 2009

Sammandrag

I rapporten har man samlat de viktigaste resultaten från projektet Lokal alkoholpolitik (PAKKA), som genomfördes under åren 2004–2007. Syftet var att utveckla en lokal samarbetsmodell för förebyggande av alkoholens skadeverkningar framför allt genom att reglera tillgången på alkoholhaltiga drycker. I del II beskrivs en verksamhetsmodell som bygger på omfattande samarbete. Aktiva aktörer i projektet var myndigheter, restauranger, detaljhandeln, ungdomar och deras föräldrar, representanter för media, frivilliga aktörer och indirekt också alla invånare i trakten. Dessutom analyseras i denna del av rapporten koordinatorens nyckelroll och samarbetet mellan forskarna och utvecklarna. I del III presenteras resultaten från utvärderingsstudien.

Att förebygga alkoholens skadeverkningar har i kommunerna varit ett ganska främmande arbetsområde under de senaste årtiondena, och att organisera, genomföra och fokusera arbetet har varit problematiskt på många sätt. PAKKA-projektet utvecklade en modell för att förebygga

ga alkoholens skadeverkningar på regionnivå. Modellen stöder sig på omfattande samarbete. Resultaten från projektet klarlade villkoren och möjligheterna för det förebyggande arbetet på den lokala nivån. Projektet ökade framför allt förståelsen för vad som är möjligt att göra för att minska alkoholens skadeverkningar i den finländska lokala verkligheten och hur man gör det.

Projektets undersökningsresultat bör anses vara ett ganska bra bevis på att ett arbetssätt av PAKKA-typen fungerar på lokal nivå. Olika mätare visade att de minderårigas tillgång till alkohol minskade tydligt inom alla områden. En minskad tillgång gällde såväl den egentliga alkoholförsäljningen som inofficiell (olaglig) förmedling till minderåriga av vänner och familjemedlemmar, samt invånarnas åsikter och attityder angående önskvärdheten att minderåriga dricker. Också i serveringen till berusade personer skedde en minskning. Under projekttiden ökade nykterheten bland minderåriga i hela landet. I Tavastehus utvecklades dryckesvanorna positivt bland något äldre män i åldern 18–24 år. Våldsincidenterna på traktens restauranger minskade också och bland traktens unga män minskade antalet nattliga besök på jourpolikliniken mera än i jämförelsegruppen.

Under den korta tid som projektet varade kunde man inte förvänta sig stora förändringar i alkoholbruket. De samstämmiga resultat som olika mätare gett visar att man kan åstadkomma mätbara förändringar på samhällsnivå genom lokalt förebyggande av alkoholens skadeverkningar.

Leena Metso, Salme Ahlström, Petri Huhtanen, Minna Leppänen, Eija Pietilä

Finländska ungdomars användning av alkohol och andra droger 1995–2007 THL, 2009

Sammandrag

Den europeiska undersökningen om skolungdomars användning av alkohol och andra droger (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD) har sedan 1995 utförts med fyra års mellanrum i 23–35 europeiska länder. Finland har varit med alla gånger undersökningen har gjorts, dvs. 1995, 1999, 2003 och 2007. I denna rapport har man sammanställt resultaten för Finland från samtliga undersökningsår.

I rapporten granskas trender inom bruket av bl.a. tobak, alkohol, narkotika och andra droger, vid vilken ålder man börjat använda olika droger, sätten att få tag på alkohol, risker förenade med olika droger, hur allmänt bruket av alkohol och andra droger är och förändringar enligt bostadsort, familjebakgrund och skolframgång. Rapportens tabeller innehåller rikligt med detaljerad information.

Målgruppen är ungdomar som fyller 16 år under undersökningsåret. I Finland finns denna åldersgrupp på grundskolans nionde klass. Vid insamlingen av materialet använde man sig av klusterurval och klasserna svarade anonymt på enkäten i slutet av mars under respektive undersökningsår. Största delen av ungdomarna var alltså fortfarande 15 år gamla. Materialets storlek har varierat mellan drygt 2 000 och 5 000 elever under de olika åren.

Under den senare delen av 1990-talet var berusningsdrickandet bland de unga mycket allmänt i Finland, men under 2000-talet har det minskat betydligt. Ännu år 2007 drack sig dock en drygt tiondel av ungdomarna berusade i stort sett varje vecka. De ungdomar som drack sig berusade ofta har också ofta andra problem. Utvecklingen mot ökad nykterhet har börjat i huvudstadsregionen och bland barn till högutbildade föräldrar.

Även rökandet har minskat bland ungdomarna under 2000-talet. Under perioden 1995–2003 skedde ingen märkbar förändring när det gäller vid vilken ålder ungdomarna börjar röka dagligen och dricka sig berusade, men däremot hade ungdomarnas debutålder för att röka och dricka sig berusade senarelagts under perioden 2003–2007.

Ökningen av narkotikabruket under 1990-talet har kallats Finlands andra narkotikavåg. Granskningen av den växande andelen ungdomar som prövar på cannabis visar hur narkotikavågen drog fram över Finland. Vågen började i huvudstadsregionen bland barn till högutbildade föräldrar, spred sig till andra städer och vidare till landsbygden, regionalt från söder västerut, norrut och österut, samt till lägre socialgrupper mätt enligt föräldrarnas utbildning. Vågen bröts vid millennieskiftet och minskningen av antalet som prövat på cannabis startade i samma grupper där vågen haft sin början. I Finland är ungdomarnas bruk av narkotika mindre än i många andra europeiska länder.

De unga har förhållit sig kritiska till dagligt rökande under hela undersökningsperioden. Man har sett mycket mindre risker med att dricka sig berusad varje vecka än med att röka, men på 2000-talet har attityderna till berusningsdrickandet skärpts. Riskerna med att pröva på cannabis bedömdes som allt mindre fram till 2003, men sedan dess har inställningen skärpts en aning.

Ungdomarnas användning av alkohol och andra droger har minskat sedan millennieskiftet. De regionala skillnaderna har utjämnats. Minskningen av användningen av alkohol och andra droger har i allmänhet börjat bland ungdomar som har framgång i skolan, har högutbildade föräldrar och lever i en kärnfamilj, medan andra ungdomar har följt trenden något senare. Trots den positiva utvecklingen hade år 2007 över hälften av ungdomarna varit berusade någon gång, ungefär en tredjedel hade varit det under månaden före enkäten och drygt en tiondel drack sig berusade i stort sett varje vecka. Efterfrågan på preventivt alkohol- och drogarbete är stor.

Thomas Karlsson (red.)

Alkoholläget i Finland i början av 2000-talet THL, 2009

Sammandrag

I ”Suomen alkoholiolot 2000-luvun alussa” (Alkoholläget i Finland i början av 2000-talet) granskas utvecklingen av alkoholkonsumtionen, alkoholskadorna och alkoholpolitiken i Finland och jämförs i tillämpliga delar med utvecklingen i Europa och övriga Norden. Av översikten framgår det att den finländska alkoholkonsumtionen har ökat under de senaste årtiondena till skillnad från den allmäneuropeiska utvecklingen och att de finländska konsumtionsstalen nu för första gången ligger tydligt över konsumtionsnivån i övriga Norden.

Trots att den totala alkoholkonsumtionen ökat, är nästan dagligt bruk av alkoholdrycker fortfarande ovanligt. Alkoholdrycker dricks på veckoslut och kvällar och berusning är rätt vanligt. Under de senaste årtiondena har pensionärernas alkoholbruk ökat hela tiden, medan däremot ungdomarnas nykterhet ökat och berusningsdrickande minskat under de senaste tio åren.

I och med den ökande alkoholkonsumtionen har alkoholens skadeverkningar ökat, vilket särskilt syns som en kraftig ökning av alkoholrelaterade dödsfall. Under de senaste åren har en alkoholrelaterad sjukdom eller olyckshändelse genom alkoholförgiftning varit den vanligaste dödsorsaken bland män och kvinnor i arbetsför ålder. Även andra sociala och hälsorelaterade skadeverkningar till följd av alkohol har ökat, särskilt efter skattesänkningen 2004.

Trots att betydelsen av en restriktiv alkoholpolitik ökat under de senaste åren, har åtgärderna ännu inte varit tillräckligt effektiva för att kunna bryta konsumtions- och skadeutvecklingen.

Höjningen av alkoholskatten 2008 och 2009 har emellertid dämpat konsumtionsökningen och tillsammans med den ekonomiska recessionen kan den komma att minska konsumtionen lite. Ett striktare grepp om alkoholpolitiken i en situation där ungdomarnas nykterhet ökar och där det verkar finnas en större efterfrågan på en restriktiv alkoholpolitik kunde i bästa fall leda till att alkohollägets negativa utveckling, som pågått i över ett årtionde, bryts.

Översikten har sammanställts av forskare vid Institutet för hälsa och välfärd och är en fortsättning på serien av översikter över alkoholläget som publicerats 2004 och 2006. Liksom sina föregångare är översikten en del av det nationella alkoholprogrammet.

Jukka Heikkilä, Juha Laine, Tarja Salokoski

Evaluering av penningsspelens skadeverkningar THL, 2009

Sammandrag

Denna rapport har sammanställts på uppdrag av Social- och hälsovårdsministeriet. Uppgiften var att undersöka verktyg och processer för bedömning av penningsspelens skadeverkningar i Finland och på andra håll samt att lägga fram ett konkret förslag på ett system för evaluering av penningsspelens skadeverkningar.

Bedömning av penningsspelens skadeverkningar är en väsentlig del av en konsekvent och ansvarsfull penningsspelspolitik. Detta evalueringsarbete är särskilt viktigt just nu, när penningsspelet håller på att överföras till Internet, där det är betydligt lättare att introducera nya spel, erbjuda dem till allmänheten och att utvidga kundkretsen än på traditionella sätt.

Den internationellt bäst kända metoden att bedöma risker i anslutning till penningsspel är den av Richard Wood och Mark Griffith utvecklade GAM-RiSC-metoden, som siktar på att identifiera riskerna utgående från exponeringen för faktorer som medför spelberoende. Penningsspelorganisationerna i Finland har utvecklat ett särskilt ansvarsverktyg, som bygger på en modell som lagts fram av Heikkilä och Laine. Med hjälp av detta verktyg kan man genom en social process utforma så kallade riskprofiler. Typbestämningen av spel kan användas mångsidigt för att definiera spelen, precisera spelens godtagbara egenskaper och strategiskt positionera enskilda spelleverantörers spel. I anslutning till undersökningen observerades att dessa två evalueringsmodeller är likartade och till sina grundprinciper funktionella, och att de utöver spelets egenskaper även beaktar spelmiljön. Enligt vår uppfattning är den centrala skillnaden mellan modellerna att man med det finländska verktyget kan ta fram bredare information om spelens skadliga egenskaper och jämföra penningsspel bättre än med evalueringar som gjorts med GAM-RiSC-modellen.

Dessa modeller har ursprungligen inte planerats för myndigheter, utan för spelarrangörer för systematisk utveckling av ansvarsfull spelverksamhet. Modellerna borde utvecklas för myndighetsbruk exempelvis genom att beakta behovet av tillsyn. Utvecklingsarbetet borde intimt kopplas samman med vetenskaplig forskning om spelandets skadeverkningar.

Resultatet av denna rapport är ett förslag till en process för bedömning av penningsspel i en finländsk kontext. Vi föreslår följande process: En spelarrangör som beviljats penningsspelstillstånd lämnar in en penningsspelsanmälan. I anmälan presenteras spelets regler, riskprofil och ansvarsprogram. Spelets riskprofil innehåller en med ansvarsverktyget gjord självbedömning av sådana egenskaper i spelet och spelmiljön som kan medföra spelberoende i relation till kända spel. Sökandens självbedömning lämnas in för expertutvärdering och kollegial utvärdering till en penningsspelsnämnd, som ska bildas. Ett utlåtande av penningsspelsnämnden bekräftar spelanmälanens riktighet och kompletterar spelarrangörens bedömningar och ansvarsprogram särskilt

genom att uppskatta eventuella sociala, samhälleliga och ekonomiska skadeverkningar utifrån nationell och internationell erfarenhet. Spelmanmälan och penningspelnsnämndens utlåtande ger den godkännande myndigheten grunder att ställa exakta krav på penningspeltillståndets innehavare och att ge föreskrifter i syfte att minimera penningspelets skadeverkningar, exempelvis genom att fordra att spelets egenskaper ändras för att minska risken för spelberoende eller genom att kräva att penningspeltillståndets innehavare vidtar särskilda åtgärder för att hantera eller rapportera skadeverkningar under pågående spel.

Den bedömningsprocess vi föreslår lämpar sig för evaluering av penningspel i ett monopolssystem och på marknader med flera aktörer. Samma verktyg och processer kan användas för evaluering av lagliga och olagliga penningspel samt gamla och nya typer av penningspel, oavsett om de erbjuds över Internet eller exempelvis i en spelhall. Bedömningen bygger på en transparent process, där expertis inom spelverksamhet och spelens skadeverkningar utnyttjas mångsidigt. I vårt arbete lägger vi även fram en översiktlig plan över resursbehov och åtgärder för bedömningsförfarandets införande och vidareutveckling.

Utifrån vår synvinkel kan man med den föreslagna processen för bedömning av skadeverkningar

- bedöma speltyper genom att ta fram information om spelens riskprofiler och om ansvarsfulla spelmiljöer samt deras kopplingar till spelens skadeverkningar och förebyggandet av skadeverkningar,
- förhindra att alltför skadliga penningspel lanseras på marknaden,
- ingripa i problemspelandet genom att kräva att spelarrangörerna inför spelkontrollmekanismer som lämpar sig för spelsituationen samt
- främja mångsidig forskning i avsikt att förstå spelmiljön som helhet och förbättra precisionen av bedömningen av spelens skadeverkningar.

Kari Huotari

Från slumpmässighet till samordning
THL, 2009

Sammandrag

I denna publikation beskrivs nuläget i fråga om stöd- och vårdtjänster för problemspelare i Finland. Dessutom utvärderas dessa tjänster ur vårdsystemets perspektiv. För utvärderingen intervjuades 14 experter, som är specialiserade på mötande av problemspelare. Dessutom genomfördes en e-postenkät (N = 30) om hur stöd- och vårdtjänsterna fungerar. Den riktade sig till en större grupp av experter som möter problemspelare i sitt arbete. En e-postenkät (N = 40) med nästan samma innehåll genomfördes också bland sådana enskilda kommunanställda som man antog att möter problemspelare i sitt arbete.

Enligt utvärderingsresultaten var systemet för stöd- och vårdtjänster för problemspelare för splittrat för att kunna uppfylla målgruppens hjälpbehov. Tjänsteleverantörerna är få, tjänsterna är regionalt ojämnt fördelade och deras täckning är dålig. Även tillhandahållandet av tjänsterna och deras funktion varierar och ser olika ut från kommun till kommun. När det gäller vård för problemspelare, så saknas landsomfattande specialkunnande. På många orter är vården och dess genomförandesätt beroende av en arbetstagares resurser och kunskaper. Det är lätt hänt att problemspelare blir utan service eller hamnar i en sekundär ställning i mental- och missbrukarvården. Vården för specialgrupper som personer med utvecklingsstörning, personer med psy-

kisk ohälsa eller unga problemspelare fungerar inte som den ska. Spelarnas närstående har inte beaktats i servicen, eller så finns det bara lite service för dem.

I utvärderingen föreslås det att servicesystemet görs till en tydlig och samordnad helhet. Det mest flexibla och ekonomiska skulle vara att dra nytta av redan befintlig service när man på kommunnivå skapar service för problemspelarna. Mycket talar för att servicen för problemspelare ska integreras i missbrukarvården. A-klinikerna har redan kunskap om beroendesektorn och ett täckande landsomfattande nätverk. Och de har också redan stödgrupper samt problemspelare som klienter. Att placera vid A-klinikerna stöd- och vårdtjänster för personer med spelproblem är inte helt problemfritt, eftersom tröskeln att söka hjälp hos missbrukarvården är hög för en del av personerna enligt utvärderingen. Det skulle vara skäl att utveckla A-klinikernas arbete i riktning mot en mångsidigare beroendeklinik. I basservicen och mentalvården bör man förbättra färdigheten att identifiera problemspelande, föra det på tal och vid behov styra problemspelaren till specialtjänster. I basservicen och mentalvården måste det också finnas tillräckligt med kunskap om spelproblem och om lindrigt problemspelande.

Det skulle vara bra att inrätta i huvudstadsområdet en särskild öppenvårdsenhet, som skulle fungera som kompetenscentrum för problemspelande, missbruk och psykisk ohälsa. Öppenvårdsenheten skulle vara en regional vårdplats, men den skulle också utbilda och ge konsult hjälp på nationell nivå till A-kliniker och andra stöd- och vårdtjänster samt utöka deras kunskaper. Det lönar sig att fortsätta telefontjänsten Peluuris program Peli Poikki (ung. spelet är avblåst) och andra väl fungerande nationella webbaserade stöd- och vårdtjänster med ”låg tröskel”. Kortvarig öppenvård som visat sig fungera väl bör spridas till hela landet. Spelarnas hantering av sin ekonomi och att reda upp deras skuldärenden bör ingå som en del av vården. Det är skäl att särskilt uppmärksamma de närståendes och specialgruppernas servicebehov. Det behövs mer resurser för vård av och stöd för problemspelare, samt för denna sektors utbildning.

NÅGRA PRESSMEDDELANDEN FRÅN SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

Pressmeddelande 05.06.2008

Reform av social- och hälsovårdsavgifterna

Eftersläpningen i klientavgifterna inom social- och hälsovården rättas till genom att bland annat justera dagvårdsavgifterna- och inkomstgränserna, vårdavgiften som uppbärs för tjänster under närståendevårdares ledighet och värdet för servicesedeln för social- och hälsovården samt inkomstgränserna som baserar sig på värdet. Regeringen föreslog tisdagen den 5 juni ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården och ändring av socialvårdslagen för stadfästande. Avsikten är att republikens president stadfäster lagarna på fredag. Lagarna träder i kraft från och med den 1 augusti 2008

Familjebegreppet, som används då dagvårdsavgifterna fastslås, förändras så att det motsvarar den verkliga storleken på familjen. Då avgifterna fastslås skall de vuxna som lever i en parrelation och antalet minderåriga barn som bor i samma hushåll beaktas. Avgiften för heldagsvård får vara högst 233 euro i månaden per barn. Avgiftsreformen innebär att dagvårdsavgifterna sjunker för 48 procent av barnen, för cirka 12 procent av barnen sker ingen förändring. Dagvårdsavgifterna stiger för 40 procent av barnen.

Dagvårdsavgifterna binds till prisindexet för social- och hälsovården. Dessutom anpassas inkomstgränserna för dagvårdsavgifterna till inkomstnivåindexet, för att bättre följa inkomstnivåutvecklingen. Indexjusteringen skall i fortsättningen göras vart annat år.

Avgiftstaket inom hälsovården höjs inte i detta skede, vilket underlättar situationen för dem som använder tjänsterna ofta. I framtiden anpassas avgiftstaket till folkpensionsindexet.

Klientavgifterna och inkomstgränserna justerades senast år 2002.

Riksdagen förutsätter att effekterna av avgiftsreformen uppföljs

Riksdagen förutsätter att avgiftsreformens inverkan på personaldimensioneringarna inom dagvården och småbarnsmammors yrkesliv granskas. Det samma gäller hur olika klientgrupper använder tjänsterna.

Riksdagen förutsätter också att reformen av avgiftstaket inom hälsovården bereds i snabb takt och att dagvårdsavgifternas strukturella problem kartläggs i samband med helhetsreformen av dagvårdslagen. Riksdagen vill att avgifterna justeras så att den högsta avgiften enbart skulle uppbäras av familjer som har högre inkomster än medelinkomsttagare och att avgifterna skulle bestämmas noggrannare än nu på basis av vårdtiderna.

Pressmeddelande 09.06.2008

Cancerdrabbade bör få vård i ett tidigare skede

Det tar onödigt lång tid innan cancerdrabbade i Finland får vård. Enligt uppgifter från Finsk förening för terapeutisk radiologi och onkologi varierar den genomsnittliga tiden mellan operation och läkemedelsbehandling med 40–95 dygn och mellan operation och strålbehandling med 28–67 dygn. Enligt rekommendationer bör patienten få strål- eller läkemedelsbehandling 4–6 veckor efter operationen. Då det handlar om cancertyper som växer snabbt bör patienten få vård senast två veckor efter diagnosen. Omsorgsminister Paula Risikko har inbjudit direktö-

rerna för klinikerna för cancersjukdomar till ett möte den 23 juni 2008. På mötets agenda står fördröjningarna i cancervården och olika lösningsalternativ.

Många cancerformer utvecklas långsamt under årens lopp. I dylika fall inverkar inte en fördröjning med några veckor på slutresultat av vården för enskilda patienter. Då det är fråga om akut leukemi och den allra mest elakartade formen av hjärncancer kan däremot även en kort fördröjning ha en negativ inverkan.

Alla som har drabbats av cancer vill få vård utan dröjsmål och väntan på vården orsakar ångest och vanda. Många av dem som är i vårdkön är sjuklediga. Cancervården kostar dessutom mera och vårdresultaten är sämre om canceren hinner växa. Förutom mänskligt lidande förorsakar köerna alltså onödiga kostnader.

Cancerpatienter får ofta vänta en tid på vård efter att de har fått sin diagnos, eftersom patologen först måste analysera vävnadsbiten för att typisera canceren noggrannare. Läkarna måste dessutom göra till exempel magnet- och röntgenundersökningar. Detta kan ibland ta flera veckor. Analysen är viktig eftersom vården ofta baserar sig på cancerformen och cancers biologiska egenskaper. Spridningen av canceren bör utredas noggrant, eftersom vården av lokal cancer och utspridd cancer kan vara fullständigt olika.

“Finland, Norge, Sverige och Schweiz har de bästa vårdresultaten för cancer i Europa. Vi vill göra situationen ännu bättre. Därför är det viktigt att upptäcka cancer i ett så tidigt skede som möjligt och att ge ändamålsenlig vård”.

“Cancervård är alltid så kallad brådskande vård. Därför är det dags att ingripa”, konstaterar minister Risikko.

Pressmeddelande 16.06.2008

Förslaget till ny lag om hälso- och sjukvård har blivit färdigt

Arbetsgruppen som har haft i uppgift att bereda sammanslagningen av folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård har i dag överlämnat sitt förslag till ny lag om hälso- och sjukvård till omsorgsminister Paula Risikko. Förslaget gäller den hälsovård som omfattas av kommunernas organisationsansvar. Syftet är att stärka ett nära samarbete mellan primärhälsovården och den specialiserade sjukvården samt att främja samarbetet mellan dessa på regional nivå.

Patienterna får större valfrihet, utbudet av närtjänster ökar

Enligt arbetsgruppens förslag skulle möjligheterna att välja hälsovårdstjänster över kommungränserna öka. Patienternas valfrihet då det gäller vid vilken hälsovårdsenhet han eller hon skall undersökas blir märkbart större. Det skulle bli möjligt för patienten att tillsammans med den vårdande läkaren välja vid vilken enhet inom specialansvarsområdet han eller hon skall få vård. Patientens eller klientens ställning skulle också förstärkas då han eller hon får rätt att välja vårdande läkare eller skötare.

Arbetsgruppen vill dessutom förbättra patientens ställning då det gäller att få specialvårdstjänster närmare boningsorten, vid till exempel hälsovårdscentraler. Vid en och samma enhet skulle det finnas primärhälsovårds- och specialvårdsverksamhet på basnivå, till exempel poliklinisk konsultation och dagkirurgi. På så vis skulle tjänsterna vid hälsocentralerna bli mångsidigare och hälsocentralerna mer lockande som arbetsplats.

För att få enhetligare servicekedjor skulle det grundas ett gemensamt register för behandling av patientuppgifter. Registret skulle bestå av information ur patientregistret över kommunernas primärhälsovård och specialvård. Om vårdansvaret för patienten inom den offentliga sektorn förflyttas från en enhet för primärhälsovård till en enhet för specialiserad sjukvård eller tvärtom,

behövs inget skilt medgivande från patienten. Fastän det gemensamma registret skulle användas över de administrativa organisationsgränserna skulle datasekretessen tryggas.

Den förebyggande verksamheten och primärhälsovården förstärks

Främjandet av hälsa och välfärd och förebyggande av hälsoproblem betonas i arbetsgruppens förslag. Den enskilda kommunen eller flera kommuner tillsammans bör göra upp en plan om åtgärder för att främja kommuninvånarnas hälsa och välfärd, förebyggande av hälsoproblem samt om tjänsterna och de resurser som reserveras. Detta skall genomföras som en del av det beredningsarbete som hänför sig till kommunens strategi- och ekonomiplanering.

För att förstärka primärhälsovården bör arbetssätten vid hälsovårdscentralerna förnyas och arbetsförhållandena samt ledarskapet utvecklas. Exempel på metoder är bland annat läkare och vårdare som arbetspar, begränsning av befolkningsansvaret till mindre befolkningsunderlag samt förbättrad kunskap inom allmänmedicin.

Två alternativ för hur tjänsterna kunde organiseras

I förslaget till ny lag om hälso- och sjukvård ingår två alternativ för hur hälsovårdstjänsterna kunde organiseras. Arbetsgruppen har använt begreppen hälsodistrikt och sjukvårdsdistrikt för samkommuner med ett brett befolkningsunderlag i enlighet med PARAS-ramlagen. Detta på grund av att arbetsgruppens förslag enligt uppdraget endast gäller hälsovårdssystemet.

Enligt det ena alternativet skulle kommunerna eller samarbetsområdena och delvis samkommunerna med ett brett befolkningsunderlag (sjukvårdsdistrikten) ha organiseringsansvar för tjänsterna för specialiserad sjukvård. Då patienten har fått en remiss till sjukvårdsdistriktet, förflyttas organisationsansvaret från kommunerna eller samarbetsområdena till sjukvårdsdistriktet. Vid hälsovårdscentraler eller samarbetsområden skulle det förutom primärhälsovård finnas specialiserad sjukvårdsverksamhet på basnivå, så som poliklinikmottagningar, mindre åtgärder och dagkirurgi. Minimibefolkningsunderlaget för sjukvårdsdistrikten skulle vara omkring 150 000 invånare. Inom kommunen eller samarbetsområdet som svarar för primärhälsovården, bör det finnas minst cirka 20 000 invånare.

Enligt det andra alternativet kunde kommunerna bilda ett hälsodistrikt i stället för ett samarbetsområde. Distriktet skulle svara för både folkhälsoarbetet och den specialiserade sjukvården. I huvudsak skulle detta alternativ gälla för landskap med under 150 000 invånare.

Det kunde finnas max 20 samkommuner med brett befolkningsunderlag (sjukvårdsdistrikt) och hälsodistrikt i Finland. För att få organisera krävande specialiserad sjukvård skulle dessa höra till ett specialansvarsområde. För att garantera kvaliteten skulle tjänster som kräver specialkunnande centraliseras i högre grad än förr. Detta innebär att andelen sjukvårdsdistrikt skulle minska eller att samarbetet mellan specialansvarsområdena skulle bli tätare.

Organiseringsansvaret för primärvårdstjänster skulle förflyttas från kommunerna till samkommuner med brett befolkningsunderlag eller hälsodistrikten. På samma gång skulle innehållet i tjänsterna definieras noggrannare och tjänsterna skulle i högre grad integreras till en del av jourverksamheten vid sjukhusen.

Social- och hälsovården skall ses som en enhetlig helhet

Båda alternativen skulle förverkligas på ett sätt som stöder samarbetet och de gemensamma strukturerna mellan hälsovården och socialvården. I samkommuner med brett befolkningsunderlag skulle samarbetet mellan primärhälsovården och socialvården förverkligas i samarbetsområdet eller kommunen. Den specialiserade sjukvården skulle förverkligas enligt hur kommunerna

kommer överens. I hälsodistriktet skulle socialvården och handikappomsorgen skötas i enlighet med kommunernas beslut.

I lagförslaget ingår en allmän förordning som förpliktar till samarbete mellan social- och hälsovården. Lagstiftningen som hänför sig till socialvården bör reformeras så att den i sin tur stöder ett enhetligt regionalt samarbete och organiseringshelheten för social- och hälsovårdstjänsterna i enlighet med ramlagen.

Pressmeddelande 25.06.2008

Lagförslag: Tillståndsplikt för försäljning av tobaksprodukter

Regeringen föreslår att det i framtiden ska krävas tillstånd för försäljning av tobaksprodukter och att beviljandet av tillstånd och tillsynen över försäljningen ska avgiftsbeläggas. På samma gång föreslås att minutförsäljningsförpackningarna för tobaksprodukter ska innehålla minst 20 cigaretter och att de uppfyller vissa brandsäkerhetskrav. Regeringen fattade beslut om innehållet i lagen om ändring av tobakslagen den 25 juni. Avsikten är att republikens president avläter propositionen till riksdagen på torsdag.

Tobaksprodukter får säljas av den som beviljats ett detaljhandelstillstånd av kommunen

Enligt propositionen skulle kommunen bevilja detaljhandelstillstånd för försäljning av tobaksprodukter på en viss försäljningsplats. Tillståndet kan också beviljas för viss tid. För tillståndet skulle uppbäras en tillståndsavgift. Kommunen skulle fastställa grunderna för avgiften i taxan.

Tillståndsplikten skulle möjliggöra en bättre kontroll av försäljningen, eftersom den kommunala tillsynsmyndigheten som beviljar detaljhandelstillstånd och övervakar försäljningen av tobaksprodukter får kännedom om de försäljningsplatser som finns på kommunens område. Kommunen kunde i vissa fall återkalla tillståndet. Regeringen föreslår också att det införs straffbestämmelser i tobakslagen för försäljning av tobaksprodukter utan detaljhandelstillstånd.

Syftet med att göra försäljningen tillståndspliktig är att minska minderårigas tillgång till tobaksprodukter och att minska tobaksrökningen, hindra illegalt importerade, förbjudna tobaksprodukter och andra tobaksprodukter som står i strid med tobakslagen från att spridas via lagliga distributionskanaler. Tillståndsplikten medför i viss grad kostnader för näringsidkare som säljer tobaksprodukter men kan också förbättra resultatet för näringsverksamheten, då den illegala importen och distributionen stoppas. Enligt uppskattningar kan handelns tobaksinkomster och statens tobaksskatteavkastning öka med 3–8 procent.

Begränsning av förpackningsstorlek och förbättrad brandsäkerhet

Regeringen föreslår att minimistorleken på minutförsäljnings- och bruksförpackningarna ska vara 20 cigaretter och förpackningarna för rulltobak ska innehålla samma mängd som i dag, 30 gram. Cigariller skulle endast få sälja i minutförsäljningsförpackningar om minst 10 cigariller. En begränsning av minimimängden cigaretter leder till minskad rökning bland barn och unga och senarelägger den eventuella rökdebuten.

Det föreslås dessutom att det för cigaretter ska slås fast brandsäkerhetskrav. Cigaretterna skulle vara självsläckande, eftersom det då är mindre sannolikhet att en glödande cigarett som hanteras ovarsamt orsakar en eldsvåda. Cigaretternas tillverkare eller importör ska intyga att cigaretterna uppfyller brandsäkerhetskraven. Syftet är att minska antalet eldsvådor som orsakas av rökning

och antalet dödsfall till följd av brand. I Finland kunde man uppskattningsvis förhindra 10–15 dödsfall och 200–250 eldsvådor årligen.

Lagen skulle träda i kraft den 1 april 2009.

Pressmeddelande 25.06.2008

Referensprissystem för att stävja ökningen av utgifterna för läkemedelsersättningar

Regeringen föreslår att Finland tar i bruk ett referensprissystem för läkemedel, i vilket skulle kunna upptas sinsemellan motsvarande läkemedelspreparat med försäljningstillstånd och samma läkemedelssubstans vilka omfattas av en fastställd ersättning. Regeringen fattade beslut om ändring av sjukförsäkringslagen och läkemedelslagen torsdagen den 25 juni. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen på torsdagen.

Referensprissystemet skulle bestå av referensprisgrupper som baserar sig på den förteckning över sinsemellan utbytbara läkemedelspreparat som förs av Läkemedelsverket. Det referenspris som skulle uppställas för en referensprisgrupp är det högsta pris utifrån vilken storleken på ersättningen för ett läkemedelspreparat som upptagits i en referensprisgrupp ska kunna beräknas. Referenspriset ska vara minutförsäljningspriset inklusive mervärdesskatt för det förmånligaste preparatet i referensprisgruppen förhöjt med 1,50 euro. Om det förmånligaste preparatets pris är 40 euro eller mer, ska referenspriset vara minutförsäljningspriset inklusive mervärdesskatt förhöjt med 2 euro.

Tack vare referensprissystemet kan patienten med sina egna val påverka kostnaderna. Om patienten köper ett preparat, vars pris inte överstiger referenspriset, får han eller hon ersättning för medicinens hela pris. Den del som överstiger referenspriset betalas av den försäkrade, om den försäkrade förbjuder att läkemedlet byts ut. I sådana situationer där läkaren bedömer att ett läkemedel med ett visst handelsnamn bör användas av medicinska eller terapeutiska skäl, ska ersättningen betalas för priset på det preparat som läkaren antecknat i receptet.

Referensprissystemet skulle komplettera läkemedelsutbytet. Det föreslås att läkemedelslagen skall ändras så att utbyte av läkemedel också omfattar sådana sinsemellan motsvarande preparat med samma aktiva läkemedelssubstans som föll utanför systemet när lagen ändrades 2006.

Me de föreslagna förändringarna vill man främja användandet av de förmånligaste utbytbara läkemedelspreparaten och öka konkurrensen mellan läkemedelsföretag. Målet är att minska patientens kostnader, minska trycket att höja sjukförsäkringsavgiften och stävja ökningen av statens utgifter.

Betydande inbesparingar tack vare referensprissystemet

Propositionen beräknas resultera i en årlig totalbesparing på hela 85 miljoner euro, varav 33 miljoner euro riktas till patientens omedelbara läkemedelskostnader. Besparingarna i utgifterna för läkemedelsersättning från sjukvårdsförsäkringen inom sjukförsäkringen beräknas uppgå till cirka 52 miljoner euro, varav 26 miljoner är statens och de övriga försäkrades kostnader. Av de totala besparingarna består uppskattningsvis 35 miljoner av att preparat som omfattas av utbyte av läkemedel överförs till referensprissystemet och 50 miljoner av att de preparat med samma aktiva läkemedelssubstans som föll utanför utbytet av läkemedel i samband med ändringen av läkemedelslagen 2006 upptas i systemet.

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för år 2009. Lagen om ändring av sjukförsäkringslagen avses träda i kraft den 1 januari 2009, men så att bestämmelserna om referenspris-

systemet ska tillämpas från och med den 1 april 2009. Lagen om ändring av läkemedelslagen avses träda i kraft den 1 april 2009.

Pressmeddelande 25.06.2008

Arbetsgrupp: Effektivare användning av servicesedlar i kommunerna med hjälp av lag

En arbetsgrupp föreslår att bestämmelserna gällande servicesedlar inom social- och hälsovården samlas i en lag om servicesedel. Syftet är att göra kommunernas servicestruktur mångsidigare genom att sporra kommunerna att utvidga användningsområdet för servicesedeln. Lagen skulle träda i kraft under år 2009. Arbetsgruppen överlämnade sitt förslag till omsorgsminister Paula Risikko den 25 juni.

Kommunen skulle bestämma vilka tjänster servicesedeln kan användas till. Kommunen skulle också godkänna serviceproducenterna, upprätthålla en förteckning över dessa och informerar om vilka tjänster som är tillgängliga. Patienten skulle inte ha subjektiv rätt till servicesedel och han eller hon skulle också ha rätt att vägra använda sedeln.

Värdet på servicesedeln bör vara rimligt ur kommuninvånarens synvinkel. Då värdet fastslås skulle kostnaderna som uppstår då kommunerna producerar motsvarande tjänster och klientens självriskandel tas i beaktande. Värdet på servicesedeln kunde vara antingen inkomstrelaterat eller jämnstort. Det skulle inte finnas en självriskandel för dem som använder avgiftsfria tjänster, till exempel vissa handikapptjänster.

Servicesedeln skulle lämpa sig för tjänster med vilka kommuninvånaren kan agera som en konsument. Det handlar framförallt om produktifierade tjänster, som både kommunerna och klienterna har tillräckligt med information om. Exempel på dylika tjänster är vissa icke-brådskande kirurgiska ingrepp, hjälpmedel för medicinsk rehabilitering (bland annat hörapparater eller pe-rucker) samt tjänster som ges hemma och redan nu kan fås med servicesedel.

Minister Risikko anser att arbetsgruppen har gjort ett utomordentligt jobb. "Genom att utvidga användningsområdet för servicesedlarna blir serviceutbudet mer mångsidigt på olika håll i Finland. Kommuninvånarens valmöjligheter ökar, vilket är mycket positivt. Det är viktigt att kommunerna verkligen informerar om tjänsterna och handleder klienterna. Till exempel bör äldre få tillräckligt med information. Fastän det är klart att serviceproducenten är ansvarig för kvaliteten, ligger ansvaret i sista hand på kommunen", påpekar Risikko.

Servicesedeln har hittills mest använts inom hemsjukvården från och med början av år 2004. I början av detta år började servicesedlar också användas inom hemsjukvården. Arbetsgruppen föreslår att det fortfarande stadgas om hemtjänster och hemsjukvården i socialvårds- och folk-hälsolagen.

Ordförande för arbetsgruppen var avdelningschef Aino-Inkeri Hansson från social- och hälsovårdsministeriet och i arbetsgruppen fanns också representanter från olika ministerier, kommunerna, FPA samt arbetsgivar- och serviceproducentorganisationerna.

Pressmeddelande 19.08.2008

Kompetensen inom läkemedelsområdet samlas till en ny central

De med läkemedelsförsörjningen relaterade uppgifterna hos inrättningar som lyder under social- och hälsovårdsministeriet omorganiseras genom att upprätta en central för läkemedelsområdet. Målet med reformen är att samla resurser till läkemedelsförsörjning och effektivera verksam-

heten. Reformen bygger på en rapport av utredningspersonen Jussi Huttunen som blev färdig i maj och som utreder hur läkemedelsförsörjningen kunde utvecklas. Avsikten är att utarbeta en regionaliseringsutredning om placeringsplatsen för den nya myndigheten.

Organisationsreformen gäller verksamheten vid Läkemedelsverket, Rättskyddscentralen för hälsovården, Social- och hälsovårdens produkttillsynscentral och Utvecklingscentralen för läkemedelsbehandling Rohto samt uppgifter vid Stakes och Folkhälsoinstitutet som har med läkemedelsförsörjningen att göra. Social- och hälsovårdsministeriets samordnande roll förstärks, och Läkemedelsprismännens ställning utreds under hösten.

“Utgångspunkten är att alla uppgifter som har med läkemedelsförsörjningen att göra samlas till en ny central för läkemedelsområdet. En regionaliseringsutredning kommer att utarbetas om placeringsplatsen för den nya centralen med bland andra Kuopio och Uleåborg som alternativen. I båda städer finns det stark kompetens inom läkemedelsområdet, och i enlighet med regeringens riktlinjer är tyngdpunkten i regionaliseringen Östra och Norra Finland. Avsikten är att den nya centralen inleder sin verksamhet hösten 2009”, sade social- och hälsovårdsminister **Liisa Hyssälä** när hon i Helsingfors berättade om organisationsreformen.

Viktigaste innehållet i omorganiseringen

Till centralen för läkemedelsområdet centraliseras forskningen om och utvecklandet av läkemedelsförsörjningen och läkemedelsbehandlingsprocesserna samt utspridningen av goda praxis inom läkemedelsförsörjningen. Centralen ska också utreda läkemedelsbehandlingsens helhets- och kostnadseffekter, analysera biverkningar och läkemedelsbehandlingsens säkerhet samt föra registret över läkemedelsbiverkningar.

Till den nya centralens tillstånds- och övervakningsuppgifter hör läkemedlens försäljningstillstånd. Övriga tillståndsärenden överförs till en tillstånds- och övervakningsmyndighet för social- och hälsoområdet som inleder sin verksamhet i början av 2009. Sådana ärenden är apotekstillstånd, tillstånd för blodtjänstinrättningar, vävnadstillstånd samt tillstånd för produkter och utrustning för hälso- och sjukvård.

Avsikten är att regionaliseringsutredningen sammanställs som snarast, efter vilket förberedelserna för grundandet av den nya centralen inleds tillsammans med de nuvarande inrättningar som ansvarar för läkemedelsförsörjningen och med deras personal.

“Läkemedelsbehandlingarna är en väsentlig del av hälsovården. Läkemedelsbehandlingarnas och läkemedelssäkerhetens betydelse fortsätter att öka. Den här organisationsreformen säkerställer att läkemedelsbehandlingen är på hög nivå i framtiden. Vi måste också hitta nya medel som bidrar till att samhällets resurser räcker till för nya läkemedel så att de skulle vara tillgängliga för patienter till rimliga kostnader”, sade Hyssälä.

Pressmeddelande 21.08.2008

Uppgifter om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården till Internet

Medborgarna får bättre tillgång till information om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och deras kompetens när den offentliga informationstjänst som regeringen har föreslagit tas i bruk. Den avgiftsfria Internetbaserade tjänsten skulle innehålla uppgifter om de personer som fått yrkesutbildning inom hälso- och sjukvården. Regeringen fattade beslut om innehållet i lagförslaget torsdagen den 21 augusti.

I tillägg till namnet och registreringsnumret på den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården skulle registret även innehålla uppgifter om dennas födelseår och yrkeskompetens,

om eventuella specialist- eller specialisttandläkarrättigheter samt om begränsningar i rätten till yrkesutövning.

Med hjälp av den offentliga informationstjänsten skulle det vara lättare för medborgarna att innan vård inleds försäkra sig om att leverantören av hälsovårdstjänster faktiskt är en myndighetsövervakad, yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Registret skulle upprätthållas av Rättskyddscentralen för hälsovården och den tillstånds- och övervakningsmyndighet som grundas som följd av omorganiseringen av social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde.

Den nya elektroniska informationstjänsten skulle också underlätta myndigheternas och apotekens verksamhet och övervakning av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.

Centralregistret som upprätthålls av Rättskyddscentralen för hälsovården hade i slutet av 2006 uppgifter om cirka 335 000 yrkesutövare inom hälso- och sjukvården.

Pressmeddelande 11.09.2008

Statsandelsprocenten för social- och hälsovården höjs

Enligt regeringens proposition skulle kostnadsfördelningen i fråga om den kommunala social- och hälsovården ändras så, att statens andel av driftskostnaderna för social- och hälsovården 2009 höjs från 32,74 procent till 34,64 procent. Kommunernas andel av dessa kostnader sjunker då i motsvarande mån från 67,26 procent till 65,36 procent. Regeringen fattade beslut om innehållet i lagförslaget torsdagen den 11 september. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen på fredag.

Till följs av lagändringen kommer kommunernas statsandel för driftskostnaderna för social- och hälsovården att öka med sammanlagt 303,7 miljoner euro. Vid dimensioneringen av anslaget har som tillägg beaktats 374 miljoner euro som en kompensation till kommunerna för förlorade skatteinkomster.

Som avdrag av anslaget har beaktats sammanlagt 70,3 miljoner euro. Av beloppet föranleds 35 miljoner euro av genomförandet av de interna överföringarna som förutsätts enligt regeringsprogrammet. Minskningen i statsandelarna beror till 33,8 miljoner euro på överföringen av uppgifter som hänför sig till kommun- och servicestrukturreformen. År 2009 överförs underhållstödsuppgifterna, ersättandet av sjukvårdskostnaderna för utlänningar och ersättandet av rättspsykiatriska undersökningar av barn och unga på staten. Som en minskning av statsandelarna har dessutom beaktats 1,5 miljoner euro som kommer att överföras till genomförandet av Kaste-programmet 2009-2011.

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2009. Avsikten är att lagarna träder i kraft den 1 januari 2009.

Pressmeddelande 12.09.2008

Omfattande hälsokontroller för barn och unga förebygger problem

Alla personer i Finland bör hälsokontrolleras vid samma ålder och granskningarna bör vara tillräckligt enhetliga men ändå beakta de individuella behoven. Omfattande hälsoundersökningar bör ordnas sammanlagt sju gånger. Det konstaterar en arbetsgrupp som överlämnade sitt förslag till förordning om rådgivningsverksamhet, skolhälsovården och studerandehälsovården samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga till omsorgsminister **Paula Risikko** i dag.

I sitt förslag betonar arbetsgruppen tidig intervention och beaktande av speciellt stöd. Därför bör skolhälsovården anknytas mer effektivt till elevvården och studerandehälsovården till studerandevården. I enlighet med förordningen skulle samarbetet mellan dagvården, barnskyddet, utbildningsväsendet och specialistsjukvården öka.

Omfattande hälsokontroll för familjer som väntar tillökning

De omfattande hälsokontrollerna är mångsidiga, fördjupade kontroller med vilka man förutom hälsotillståndet hos barn eller unga även bedömer välmåendet hos hela familjen. Arbetsgruppen föreslår att också familjer som väntar barn ska erbjudas en omfattande hälsokontroll. Detta skulle ändå inte innebära ett nytt besök. Ett av mammans besök skulle i stället utvidgas så att det omfattar hela familjen.

Enligt förslaget skulle de omfattande hälsokontrollerna ordnas under graviditeten, tre gånger före barnet börjar skolan och tre gånger under grundskoletiden. Med preciseringen av tidpunkterna vill arbetsgruppen garantera att kontrollerna utförs vid samma åldersstadium i hela landet och att hela familjens välmående tas i beaktande.

Särskild uppmärksamhet skulle fästas vid den omfattande hälsokontrollen för åttondeklassister. I samband med kontrollen skulle också elevernas framtidsplaner och eventuella risker för utslagning utredas.

Jämlikare förebyggande tjänster för barn och unga

Social- och hälsovårdsministeriet och Stakes har utfärdat direktiv för barnrådgivningsverksamheten och skol- och studerandehälsovården med hjälp av nationella handböcker under perioden 2002-2006. År 2004 gjordes dessutom en kvalitetsrekommendation för skolhälsovården.

Enligt utredningar finns det stora variationer i hur rådgivningsarbetet, skolhälsovården och studerandehälsovården förverkligas vid hälsovårdscentralerna. De förebyggande tjänsterna, i synnerhet skolhälsovården, har skurits ned till en märkbart lägre nivå än vad experterna rekommenderar. Då det förebyggande arbetet och den tidiga interventionen försämras ökar kostnaderna och behovet av vård i framtiden. För att trygga den regionala jämlikheten behövs bindande förordningar som komplement till rekommendationerna och handböckerna.

Förordningen skulle förplikta kommunerna att ordna och erbjuda hälsokontroller men de skulle inte vara obligatoriska för barn, unga eller familjen. Det finns ändå skäl att utreda stödbehovet hos barnen och familjerna som uteblir från hälsokontrollerna. Forskningsresultat visar att de som inte går på hälsokontroller har en större risk att bli utslagna än de som deltar i kontrollerna.

Arbetsgruppen föreslår att förordningen skulle träda i kraft den 1 juli 2009 och kommunen skulle vara förpliktad att ordna hälsokontrollerna som anges i förordningen senast den 1 januari 2011. Förslaget till förordning skickas ut på remissrunda.

Arbetsgruppens förslag finns på social- och hälsovårdsministeriets webbplats www.stm.fi

Pressmeddelande 15.09.2008

Verksamheten vid Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården inleds år 2009

Regeringen föreslår att verksamheten vid Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården inleder sin verksamhet den 1 januari 2009. Verket ska överta de uppgifter som för närvarande sköts av Social- och hälsovårdens produkttillsynscentral (STTV) och Rättskyddscentralen för hälsovården (TEO) och dessutom sköta uppgifter som hänför sig till styrningen och övervak-

ningen av socialvården. Regeringen fattade beslut om innehållet i propositionen måndagen den 15 september. Avsikten är att Republikens president ger propositionen till riksdagen samma dag.

Tillstånds- och tillsynsverket skulle ha koordineringsansvar för tillsynen av både hälso- och socialvården. Länsstyrelserna skulle även i fortsättningen ha det huvudsakliga ansvaret för tillsynen i de egna regionerna. Verket skulle ha hand om uppgifterna som hänför sig till tillsynen över socialvården från och med den 1 januari 2010.

Genom att slå samman två tillsynsmyndigheter inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde till ett tillstånds- och tillsynsverk klargörs administrationen och ministeriets styrning. Då tjänsterna, styrningen och tillsynen sköts av en myndighet förbättras servicen och informationstillgängligheten för både aktörerna och medborgarna. Målet är att jämlikheten mellan medborgarna och näringsidkarna ska kunna förverkligas i så stor utsträckning som möjligt både när det gäller tjänster och tillsyn.

Det nya ämbetsverket ska som huvudsaklig uppgift styra de allmänna förfaringssätten inom länsstyrelsernas tillståndsförvaltning och tillsyn. Dessutom skulle ämbetsverket ha direkt lednings- och tillsynsbehörighet i vissa situationer.

Ämbetsverket skulle också ha i uppgift att skapa ett enhetligt tillstånds- och tillsynsförfarande i fråga om social- och hälsovårdstjänster. 11 nya tjänster skulle överföras till ämbetsverket för detta ändamål. Övriga uppgifter vid ämbetsverket är lednings- och styrningsuppgifter som hänför sig till bland annat alkohol, tobak och kemikalielagstiftningen.

Personalen vid de nuvarande ämbetsverken skulle överföras till det nya verket och de nuvarande tjänsterna för överdirektörer skulle dras in. En ny tjänst som överdirektör skulle inrättas. Det nya ämbetsverket skulle utöver det huvudsakliga verksamhetsstället i Helsingfors och verksamhetsstället i Tammerfors ha ytterligare ett verksamhetsställe utanför huvudstadsregionen.

Pressmeddelande 15.09.2008

Verksamheten vid Institutet för hälsa och välfärd inleds vid årsskiftet

Verksamheten vid Institutet för hälsa och välfärd inleds i början av år 2009. Samtidigt läggs Folkhälsoinstitutet och Stakes ned och personalen överförs till det nya institutet. Ingen kommer att avskedas i samband med reformen. Regeringen fattade beslut om innehållet i propositionen den 15 september. Förslaget hänför sig till budgetpropositionen för år 2009.

Genom att grunda Institutet för välfärd och hälsa samlas statsförvaltningens forsknings- och utvecklingsverksamhet till en helhet. Det skapar klarhet i förvaltningen inom verksamhetsområdet, undanröjer eventuella överlappande funktioner och medför synergieffekter då expertkompetensen stärks. Växelverkan mellan olika vetenskapsgrenar ökar, vilket effektiviserar forskningsverksamheten. Tack vare informationen som produceras vid institutet kan tjänsternas tillgänglighet, kvalitet och effektivitet förbättras. Institutets uppgift är att stöda kommunernas social- och hälsovårdstjänster.

Placeringsorten för institutet är Helsingfors. Enheter skulle även finnas i Jyväskylä, Kuopio, Uleåborg, Tammerfors, Åbo och Vasa, det vill säga på de orter där Folkhälsoinstitutet och Stakes i dagens läge redan har verksamhet. Avsikten är att överföra 100 årsverken till enheterna från huvudstadsregionen före utgången av år 2015.

Pressmeddelande 22.09.2008

Social- och hälsovårdsministeriet ingriper i väntetiderna inom cancervården

Finland ska få en nationell strategi för cancervården. Strategin, som görs på uppdrag av omsorgsminister Paula Risikko, ska innehålla linjedragningar för innehållet i och organiseringen av cancervården i Finland. Strategin görs som ett samarbete mellan social- och hälsovårdsministeriet, cancerexperter och cancerorganisationerna.

Beslutet om strategin fattades efter att minister Risikko hade diskuterat med överläkarna för cancerenheterna vid universitetssjukhusen, Stakes och Rättskyddscentralen för hälsovården. Diskussionerna gällde hur man kunde förkorta fördröjningarna i cancervården. Enligt en utredning som Stakes publicerade förra veckan finns det fortfarande i viss mån fördröjningar i cancervården.

Fördröjningarna i cancervården kräver inga ändringar i lagstiftningen eftersom det i huvudsak är fråga om brådskande vård. Enligt ikraftvarande förordningar ska brådskande vård ges omedelbart. Det är oftast specialansvarsområdena, sjukvårdsdistrikten och verksamhetsenheterna för cancersjukdomar som har ansvar för att förkorta fördröjningarna.

Enligt minister Risikko bör cancerpatienterna få vård snabbare än nu. Ett snabbt sätt att förkorta väntetiderna är till exempel att ge vård också om kvällarna. På längre sikt krävs ändå en nationell strategi för cancervården med hjälp av vilken man kunde förbereda sig på det växande antalet cancerpatienter och nya, dyra vårdformer.

Eftersom fördröjningarna oftast beror på resursbrist kommer minister Risikko att diskutera med undervisningsministeriet om grundutbildningen och fortbildningen inom cancerområdet. Utbildning inverkar ändå långsamt på resursbristen. Därför bör arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper utvecklas, likaså vårdkedjorna och gradindelningen mellan den specialiserade sjukvården och primärvården. Branschen bör också göras mer lockande.

Kostnadseffektiviteten för nya vårdformer av cancer och nya mediciner som kommer snabbt ut på marknaden bör utvärderas innan de tas i bruk. Även den nuvarande vårdpraxisen bör kontinuerligt uppföljas och utvärderas.

För att kunna uppfölja vården och fördröjningar i vården krävs ett omfattande statistiksystem. Det skall införas en del om cancerpatienter i utskrivningsregistret för social- och hälsovården som upprätthålls av Stakes och Rättskyddscentralen för hälsovården. På så vis kan man följa med innehållet i vården och hur vården framskrider både på ett nationellt och lokal plan.

Pressmeddelande 24.09.2008

SHM stöder organiseringen av krisarbetet i Kauhajoki

Vid social- och hälsovårdsministeriet (SHM) samlas i dag en tjänstemannaarbetsgrupp vars uppgift är att säkerställa att de personer som är ansvariga för eftervården med anledning av skottlossningsdramat i Kauhajoki får behövligt stöd. Gruppen fokuserar på hur stödet under den första fasen av krisen ska organiseras och utreder vilken slags hjälp offren, deras anhöriga samt eleverna och lärarna vid läroanstalten behöver.

Gruppen består av experter från social- och hälsovårdsministeriet och undervisningsministeriet samt experter på krisarbete, psykosocialt arbete, tidig intervention, skolhälsovården och finansiering. Ordförande för gruppen är beredskapschefen vid SHM, Jouko Söder.

“Nu krävs omfattande samarbete och vi måste fördjupa oss i orsakerna till det skedda. De personer som är i största behov av hjälp, är kanske inte alltid medvetna om det. Vi måste kunna

nå dem”, säger omsorgsminister Paula Risikko. Förutom organiseringen av den akuta situationen fortsätter också det långsiktiga utvecklingsarbetet vid ministeriet.

De som behöver stöd måste identifieras i tid

Enbart en del av kommunerna har utvecklat skol- och studerandehälsovården i enlighet med de handböcker och kvalitetsrekommendationer som utkom under perioden 2002-2006. På grund av detta bereder social- och hälsovårdsministeriet en förordning, med vilken kommunerna förpliktas att erbjuda mångsidiga, förebyggande och jämlika tjänster till alla barn och unga på regelbunden basis. Syftet med hälsokontroller som skulle täcka hela åldersklasser är att i ett tidigt stadium identifiera behovet av tilläggsstöd bland barn, unga och familjer och erbjuda dem tillräckligt stöd. Det psykosociala välmåendet, mentala hälsan och förebyggande av mobbning betonas, likaså samarbetet mellan hemmen, den övriga elevvården och undervisningspersonalen.

“På basis av omfattande hälsokontroller kan man göra upp en personlig plan för varje enskild elev, utvärdera situationen i klassen och skolsamfundet och vidta eventuella tilläggsåtgärder. Det är möjligt för grundskolorna och gymnasierna att få information om elevernas hälsa och skolsamfund med hjälp av resultaten från skolhälsovårdsförfrågningarna vart annat år. Denna information bör i högre grad utnyttjas då skolsamfund utvecklas”, konstaterar minister Risikko.

Enligt minister Risikko är det viktigt att i fortsättningen utveckla elev- och studerandevården som en helhet. Till denna helhet hör förutom personalen inom skol- och studerandehälsovården också kuratorerna, psykologerna och lärarna.

Som en del av Kaste-programmet har en helhetsreform av tjänster för barn, unga och familjer inletts. Med den nationella reformen omformas utvecklingsmiljöerna och servicesystemen till att främja hälsa och välmående bland barn och unga samt att förebygga och sköta problem över sektorgränserna. Tjänster som berör psykosocialt stöd och mental hälsa ska i synnerhet förnyas.

Pressmeddelande 30.09.2008

Hälsovårdscentralernas service och funktionsduglighet förbättras

Det utlovas förbättringar i funktionsdugligheten och kundtjänsten vid hälsovårdscentralerna. Omsorgsminister Paula Risikko har tagit initiativ till verksamhetsprogrammet *Fungerande hälsovårdscentraler* som innehåller modeller för hur till exempel administrationen, ledningen och strukturen vid hälsovårdscentralerna kunde organiseras. Utbildningen och forskningen inom hälsovården ska också utvecklas. De olika metoderna tas gradvis i bruk vid hälsovårdscentralerna under åren 2009-2010. Eftersom programmet står på en stadig grund kan förverkligandet av det praktiska verksamhetsprogrammet börja omedelbart, enligt minister Risikko. Förverkligandet av programmet finansieras i början med befintliga projektmedel men för hela hälsovården krävs tilläggsfinansiering.

“I regeringsprogrammet har vi förbundit oss vid att förstärka primärhälsovården. Vi har redan länge varit överens om vilka problemen inom primärhälsovården är. Fram till nu har vi byggt upp en hållbar grund. Paras-ramlagen, Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste), politikprogrammet för hälsofrämjande, förslaget till ny lag om hälso- och sjukvård och den kommande förvaltningslagen för social- och hälsovården drar upp ramarna för arbetet. Med hjälp av verksamhetsprogrammet ska vi i samarbete med fackorganisationer och intressentgrupper på ett fördomsfritt sätt hitta konkreta lösningar även för de krångliga problemen inom primärhälsovården”, konstaterade minister Risikko då verksamhetsplanen offentliggjordes den 30 september.

Nya metoder för att underlätta tillgången till vård

Ny praxis skulle ändra arbets- och ansvarfördelningen vid hälsovårdscentralerna. Den nya arbetsfördelningen mellan läkarna och skötarna stöds genom en ökning av lokala avtal. Alla som har ett behov av egen läkare ska erbjudas dylik service.

Andelen mottagningar med skötare och fysioterapeuter vid hälsocentralerna skulle öka. Mottagningarna lämpar sig till exempel för vård av akutpatienter, kontrollbesök för patienter med kroniska sjukdomar, utvärdering av rehabiliteringsbehov och handlingskraft samt mottagningar med lågtröskelverksamhet för patienter med mentala problem, rusmedelspatienter och unga.

Den planerade tilläggsutbildningen inom primärhälsovården, det vill säga reformen av den så kallade Euroläkarutbildningen, ökar på lång sikt dragningskraften för hälsovårdscentralerna som arbetsplatser. Euroläkarna skulle i fortsättningen arbeta under handledning av erfarna läkare direkt för primärhälsovårdsenheterna i stället för kommunerna. I praktiken innebär reformen att det vid varje sjukvårdsdistrikt i Finland skulle finnas en undervisningshälsocentral. I dagens läge finns dylika i till exempel Åbo och Björneborg.

Ny praxis förbättrar tjänsterna

De olika metoderna i verksamhetsprogrammet stöder målsättningarna för den nya lagen om hälso- och sjukvård att effektivisera samarbetet mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Patienten skulle inte längre vara tvungen att gå till hälsocentralen för att få en remiss till specialistläkare, utan i stället kunde han eller hon få specialistläkarkonsultation vid hälsovårdscentralen. Möjligheterna inom datatekniken skulle utnyttjas i kundtjänsten, exempelvis telefon- och videokonsultationer och elektronisk patientportal. Vården av akut- och jourpatienter vid hälsovårdscentraler i samkommuner effektiviseras i och med ibruktagandet av så kallade "snabbpolikliniker", det vill säga mottagningar utan tidsbeställning. Eftermiddagsjouren organiseras som en gemensam verksamhet mellan kommunerna.

Den förebyggande hälsovården effektiviseras förutom vid rådgivningarna också vid hälsocentralernas mottagningar. Till exempel ska hembesöken inom rådgivningen utökas. För att främja den åldrande befolkningens hälsa och välfärd konstrueras ett rådgivnings- och servicenätverk för social- och hälsovården.

Aktörerna inom läkemedelsområdet, till exempel apoteken, får en större roll då det gäller att organisera läkemedelsförsörjningen för patienter, i synnerhet inom hemvården. Ibruktagande av det elektroniska receptet möjliggör maskinell dosdispensering i högre grad än förr. I bästa fall kunde en färdig läkemedelsdos levereras till patientens hem. Den expertis som personer med specialkompetens inom läkemedelsbehandling har skall utnyttjas bättre än nu.

Förändringar i administrationen, ledandet och forskningen

Social- och hälsovårdsministeriet och Kommunförbundet uppmuntrar verksamhetsenheterna inom primärvården att skapa lokala nätverk. Med nätverken kunde man bland annat sammanjämka serviceutbudet, till exempel jourverksamheten och akutmottagningarna som erbjuder tjänster dagtid, samt effektivisera rekryteringen. Nätverken kunde också utnyttjas då man ska sluta serviceavtal med den specialiserade sjukvården.

Organiseringsalternativen inom primärvården utvärderas på basis av utlåtandena om den nya lagen om hälso- och sjukvård. På samma gång skall man granska hur primärvården organiseras och arbetet arrangeras i de övriga nordiska länderna och i OECD-länderna, för att ta reda på om metoderna kunde anpassas till de finländska förhållandena.

Forskningen inom primärvården ska förstärkas. Samtidigt utvecklas utvärderingssystemet för verkningsfullhet och kostnadseffektivitet. Det ska också bli möjligt för arbetstagarna vid hälsovårdscentralerna att kombinera forskning med patientarbete.

Verksamhetsplanen tas i bruk omedelbart

Förverkligandet av verksamhetsprogrammet *Fungerande hälsovårdscentraler* börjar omedelbart. Den nya lagen om hälso- och sjukvård och förvaltningslagen för social- och hälsovården som träder i kraft år 2010 stöder verksamheten. Enheten som svarar för utvecklingen av primärvården vid Institutet för hälsa och välfärd följer med hur målsättningarna för verksamhetsplanen uppfylls.

Social- och hälsovårdsministeriets svarar tillsammans med organisationer och aktörer inom hälsoområdet för förverkligandet och utvärderingen av verksamhetsprogrammet. Den styrningsgrupp som leds av minister Risikko fattar beslut om linjedragningarna. Social- och hälsovårdsministeriets avdelningschef Päivi Sillanaukee leder den beredande styrningsgruppen.

Pressmeddelande 01.10.2008

Läkemedelsförsörjningen på glesbygden ska tryggas med hjälp av nya metoder

SHM och Läkemedelsverket informerar

Läkemedelsverket föreslår nya tillvägagångssätt för att utveckla apoteksverksamheten och trygga läkemedelsförsörjningen på glesbygden i sitt förslag till ändring av läkemedelslagen. Läkemedelsverket överräckte sitt förslag till social- och hälsovårdsministeriet den 1 oktober 2008.

Enligt förslaget skulle apoteksverksamheten ha en närmare anknytning till hälsovården än nu och på samma gång skulle verksamheten tryggas även i områden med ett litet befolkningsunderlag. Begränsningen av antalet filialapotek skulle slopas och det skulle bli enklare att grunda apoteksservicepunkter (medicinskåp) på glesbygden. Apotekstjänsterna skulle kompletteras tack vare möjligheten till internethandel. Kommunernas roll skulle förstärkas då det gäller att följa med och utvärdera hur väl apotekstjänsterna fungerar.

Förändringarna erbjuder näringsidkarna, det vill säga apotekarna, nya möjligheter att utveckla apoteksverksamheten. Det skulle bli möjligt för apotekaren att grunda apoteksservicepunkter med en förhandsanmälan utan begränsningar i antalet. Ett mer täckande nätverk av servicepunkter skulle å sin sida förbättra tillgängligheten till egenvårdsläkemedel. Det skulle också bli möjligt att förmedla receptbelagda mediciner via apoteksservicepunkter i och med nya bestämmelser om läkemedelsinformationen.

Förslaget innehåller även riktlinjer för en nationell nätserviceverksamhet för apotek och internetförsäljning av läkemedel. Ibrukttagandet av det elektroniska läkarreceptet skapar nya möjligheter att utveckla den elektroniska ärendehantering i apoteken. Nätapoteksverksamheten förbättrar medborgarnas läkemedelsförsörjning.

Propositionen innehåller förslag om maskinell dosdispensering av läkemedel. Även läkemedelsfabrikerna kunde få ha hand om maskinell dosdispensering men försäljningen av dosdispenserade läkemedel skulle även i fortsättningen ske via apoteken. Med en fungerande dosdispenseringstjänst förbättras läkemedelsförsörjningen i synnerhet för äldre och personer som använder många olika läkemedel.

Som ekonomiskt incitament för att trygga läkemedelsförsörjningen i glesbygden föreslås att filialapotekens apoteksavgift som baserar sig på omsättningen skulle beräknas skilt från apotekens omsättning. Ingen apoteksavgift för apoteksservicepunkterna skulle uppbäras. I förslaget ingår

en skild promemoria om eventuell förskottsbetalning av apoteksavgiften och dess förverkligande som en del av skatteförvaltningen.

Det föreslås tydligare bestämmelser gällande marknadsföringen som riktar sig till läkemedelskonsumenterna. Enligt förslaget skulle man i skrivningar som behandlar människans hälsa eller sjukdomar inte få hänvisa till läkemedelsbehandling eller uppmana konsumenten att söka sig till en läkarmottagning för att ta reda på läkemedelsbehandlingsmöjligheterna. För att effektivisera övervakningen föreslås att innehavaren av försäljningstillstånd skulle vara skyldig att redovisa marknadsföringsåtgärderna på årlig basis. Redovisningen skulle även öka öppenheten gällande det ekonomiska stöd som ges direkt eller indirekt till vetenskapliga föreningar inom hälsovården eller patientorganisationer.

Läkemedelsverkets förslag till ändring av läkemedelslagen och lagen om apoteksavgifter baserar sig på utredningen som apoteksarbetsgruppen gjorde år 2007 och på det uppdrag som ministeriet gav Läkemedelsverket i mars samt på två diskussionsmöten med intressentgrupper. Förslaget baserar sig på myndigheternas nuvarande arbetsfördelning.

Social- och hälsovårdsministeriet kommer att skicka ut förslaget på remissrunda. Förslaget finslipar på basis av utlåtandena och avsikten är att propositionen ges till riksdagen under år 2009.

Pressmeddelande 07.10.2008

Handlingsprogram för att få ner antalet depressionsrelaterade pensioner

I fråga om sjukdomar är det främst depression som hotar finländarnas arbetsförmåga. Målet för Masto-projektet som inletts av social- och hälsovårdsministeriet är att sjuksjukfrånvaro på grund av depression och invalidpensioner ska minska betydligt. Deltagare i projektet är centrala förvaltningsområden, arbetsmarknadsorganisationer och den tredje sektorn.

Handlingsprogrammet omfattar fyra delområden: 1) främjande av välbefinnande i arbetet och mental hälsa, 2) förebyggande av depression, 3) tidig identifiering och vård och 4) rehabilitering av personer som drabbats av depression och återinträde i arbetet.

Exempel på åtgärder inom ramen för handlingsprogrammet:

God praxis på arbetsplatser : Förebyggande av arbetsoförmåga till följd av depression förutsätter verksamhetsmodeller på arbetsplatsen som avtalats i samverkan från tidigt stöd till återgång till arbetet. För att stödja verksamhet för välbefinnande i arbetet ska utbildningsmoduler för chefsutbildning och utbildning av arbetarskyddspersonal skapas. God praxis som stöder personer i att stanna kvar i arbetet kommer att spridas under Masto-turnén som inleds i november och riktar sig till aktörer på arbetsplatserna på 13 orter.

Förebyggande åtgärder för personer som hotas av depression: Inom ramen för Masto-projektet utreds vilka yrkesgrupper som särskilt hotas av arbetsoförmåga till följd av depression. Utredningen blir klar på våren 2009 och den utgör underlag för förebyggande åtgärder.

Aktiv vård i tidigt skede: För att förbättra förutsättningarna för behandling av depression har en vårdrekommendation utarbetats för företagshälsovården, som kommer att publiceras under hösten 2008. Ibrukttagandet av rekommendationen kommer att stödas genom en regional utbildningsrunda. Genom förstärkning av företagshälsovårdens samordningsroll strävar man efter att förhindra att sjukskrivningarna blir onödigt långa samt återinträde i arbetet i rätt tid.

Stöd för konvalescenter inför återgång till arbetet: Masto-projektet stöder ökad användning av partiell sjukdagpenning, arbetsprövning och partiell invalidpension (utbildning, information, lagstiftningsändringar). För att säkerställa tillgången till psykoterapi i rehabiliteringssyfte ska behovet av ändringar i lagstiftningen utredas.

Bakgrund

Förtida pensioner och sjukskrivningar har ökat markant även om depression som sjukdom inte har blivit vanligare. År 2007 gick cirka 4 600 finländare i invalidpension på grund av depression. En majoritet av dem var kvinnor. I slutet av förra året uppgick antalet invalidpensionärer till följd av depression till cirka 37 000 i Finland. Utgifterna för invalidpensioner på grund av depression uppgick år 2007 till 491 miljoner euro. Kostnaderna för sjukdagpenning på grund av depression var då 109 miljoner euro.

Pressmeddelande 09.10.2008

Anmälningar om smittsamma sjukdomar till ett riksomfattande register

Regeringen föreslår att lagen om smittsamma sjukdomar ändras så att läkarnas anmälningar om smittsamma sjukdomar sänds direkt till Folkhälsoinstitutet. Målet är att införa ett elektroniskt förfarande för läkare där anmälningen sker med krypterad dataöverföring. Regeringen fattade beslut om innehållet i propositionen torsdagen den 9 oktober. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen på fredag. Lagen skulle träda i kraft den 1 januari 2009.

I och med att anmälning om smittsam sjukdom görs direkt till Folkhälsoinstitutet finns det inte längre ett behov av de regionala register som sjukvårdsdistrikten upprätthåller. Däremot föreslås att sjukvårdsdistriktet bör korrigera felaktiga uppgifter och komplettera bristfälliga uppgifter som gäller sjukvårdsdistriktets område i registret över smittsamma sjukdomar.

Enligt förslaget ska Folkhälsoinstitutet kunna lämna ut identifieringsuppgifter även för fall av hiv-infektion ur det riksomfattande registret till den läkare som vid sjukvårdsregistret ansvarar för smittsamma sjukdomar. Därmed förbättras sjukvårdsdistriktens möjligheter att identifiera uppkomsten av en epidemi inom sitt område och medverka till att epidemin bryts samt undersökning och hänvisning till vård.

Genom ändringen blir det också möjligt att lämna ut uppgifter ur det regionala registret över bärare av mikrober som är synnerligen resistenta mot läkemedel till ett annat sjukvårdsdistrikt, om sjukvårdsdistrikten sinsemellan utgör en vårdkedja med regelbunden patienttrafik. Enligt förslaget ska uppgifter kunna lämnas ut bara till en annan verksamhet inom samma specialupptagningsområde i den omfattning som är nödvändig för att förebygga spridningen av epidemin.

Folkhälsoinstitutet skulle också ha rätt att av reserangörer på begäran utan dröjsmål och ersättning få personbeteckning, namn, födelsetid, kön och kontaktinformation för en person som har varit passagerare på ett luftfartyg eller annat fartyg utan hinder av sekretessbestämmelser. Detta ska vara möjligt bara då det är nödvändigt för att förhindra att en smittsam sjukdom som utgör ett allvarligt hot mot befolkningens hälsa sprids eller för att skydda en passagerares egen hälsa.

Pressmeddelande 31.10.2008

Social- och hälsovårdsministeriet och Tekes söker nya serviceenheter för social- och hälsovården

Social- och hälsovårdsministeriet och Tekes effektiviserar sitt samarbete för att skapa nya, kundinriktade serviceenheter för social- och hälsovården. Det praktiska samarbetet börjar med att man nästa gång tillsammans avtalar om de ansökningar som bägge parterna har inlett för finansieringen av serviceenheterna. Den samordnade ansökan är det första steget i Tekes och social- och hälso-vårdsministeriets samarbete mot ett strategiskt samarbetspartnerskap.

Målet är kundinriktade servicehelheter

Både möjligheten att ansöka om finansiering i anknytning till social- och hälsovårdsministeriets program Kaste och att ansöka om finansiering inom Tekes program Innovationer i social- och hälsovårdens servicesystem avslutas vid utgången av detta år. Syftet med ansökningarna är att hitta permanenta verksamhetsmodeller som organiseras på ett nytt sätt eller hela servicekoncept för soci-al- och hälsovården. Ett annat krav på projekten som finansieras är att erfarenheterna och resultaten man får från dem ska kunna spridas på ett så omfattande sätt som möjligt för att även andra instanser ska kunna dra nytta av dem.

Tanken är att de sökande ska ansöka om finansiering från bägge kanalerna, d.v.s. från den första temaansökan i Tekes program och från finansieringsansökan för den 30:e åtgärden i programmet Kaste. De erfarenheter man får från denna begränsade helhet utnyttjas i fortsättningen när social- och hälsovårdsministeriet och Tekes utvecklar sitt samarbete ytterligare.

Social- och hälsovårdsministeriet och Tekes beviljar framför allt finansiering för sådana servicehelheter som utgår från behoven hos olika kundgrupper – såsom äldre människor, barnfamiljer eller personer med mentala problem och missbruksproblem – och som överskrider organisationsgränserna för socialvården, den grundläggande hälsovården och den specialiserade hälsovården.

Den grundläggande målsättningen för de samordnade finansieringsansökningarna är att förbättra kundnöjdheten. Samtidigt eftersträvar man att förbättra planeringen av tjänsterna, att nå bättre vård-resultat och att minska kostnaderna. För medborgarna innebär de nya servicehelheterna att de får tjänster som är anpassade till just deras behov och att informationsspridningen blir bättre.

Nytt tänkesätt för planering över förvaltningsgränserna

Utvecklingsprojekten inom social- och hälsovården har under årens lopp gett många goda resultat och praxis, men man har inte lyckats etablera de nya verksamhetssätten runt om i Finland på önskat sätt.

Social- och hälsovårdsministeriets och Tekes mål är uttryckligen att öka samarbetet som överskrider organisations- och förvaltningsgränserna, vilket främjar kunderna. Stadsplaneringen är ett exempel på planering som överskrider de administrativa gränserna. I kommunplaneringen måste man bättre kunna beakta kraven som en flexibel och effektiv social- och hälsovård ställer: man bör planera var man placerar bostäder, barndagvård och servicehem för äldre. I planeringsarbetet krävs ett nytt tänkesätt som tillgodoser kommuninvånarnas behov samtidigt som det främjar en kostnadseffektiv tjänsteproduktion.

Pressmeddelande 06.11.2008

Tillförlitlig bedömning av den mentala hälsan hos personer som ansöker om vapenlicens kräver omfattande utredningar

Enligt social- och hälsovårdsministeriet är ett läkarbesök inte tillräckligt för en läkare att fastställa om en person kan beviljas vapenlicens. Det krävs omfattande utredningar för att göra en tillförlitlig bedömning av den mentala hälsan hos personer som ansöker om vapenlicens. Vid hälsovårdscentralerna har man i huvudsak inte möjlighet att ge ett dylikt utlåtande, konstateras i social- och hälsovårdsministeriets direktiv om läkarintyg för beviljande av vapenlicens den 6 november.

Social- och hälsovårdsministeriet betonar att inte ens en omfattande bedömning av den mentala hälsan garanterar att personen uppfyller hälsokraven för beviljande av vapenlicens även i framtiden. Enligt ministeriet är läkarintyget ett utlåtande om personens hälsotillstånd för ögonblicket.

Enligt social- och hälsovårdsministeriet är läkarens möjlighet att bedöma om en person kan beviljas läkarintyg för vapenlicens ytterst begränsade efter ett läkarbesök. Uppgiften försvåras av att läkaren ofta inte har tillgång till personens tidigare patientjournaler. I ett dylikt fall är det särdeles viktigt att läkaren antecknar i läkarintyget att slutsatserna om personens hälsotillstånd enbart baserar sig på iakttagelser och information som var tillgänglig vid undersökningstidpunkten. Läkaren har också rätt att skriva att han eller hon inte kan ta ställning till ärendet på basis av iakttagelserna och informationen.

Social- och hälsovårdsministeriets direktiv den 6.11 2008 hänför sig till inrikesministeriets direktiv den 29.9 2008 om beviljande och återkallande av vapenlicens.

Social- och hälsovårdsministeriet konstaterar att läkarintyget kan vara en viktig informationskälla då polisen fattar beslut om vapenlicenser. Polisen använder ändå även annan information vid bedömning av en persons mentala hälsa och lämplighet.

Social- och hälsovårdsministeriets direktiv är i kraft tillsvidare.

Pressmeddelande 20.11.2008

Statsrådets förordning om resurser för social- och hälsovården år 2009

De kalkylerade kostnaderna, som beräkningen av statsandelen för social- och hälsovårdens driftskostnader grundar sig på, uppgår till uppskattningsvis 16 088 miljoner euro.

De kalkylerade kostnaderna som bestäms enligt antalet arbetslösa i kommunerna är 545,75 euro och de kalkylerade kostnaderna per kommuninvånare som bestäms enligt arbetslöshetsgraden är 49,78 euro. De kalkylerade kostnaderna som bestäms enligt antalet gravt handikappade personers behov av tjänster är 14,84 euro per person, kostnaderna för barnskydd 41,93 euro per person och kostnaderna som bedöms enligt sjukfrekvensen 369,15 euro per person. Kommunens självfinansieringsandel är 1 993,97 euro per person.

År 2009 är statsunderstödet för projekt inom social- och hälsovården 25 900 000 euro. Av detta belopp riktas 23 770 000 euro till genomförandet av det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården. Avsikten är att rikta 10 000 000 euro till att främja välbefinnande i arbetslivet, 2 000 000 euro till utveckling av psykiatriska tjänster för barn och unga samt 130 000 euro till betalning av ersättning för de extra kostnader som åsamkas nationella aktörer av upprätthållandet av beredskapsverksamhet, av beredskapsutbildning och av deltagande i biståndsverksamhet i katastrofsituationer. Anslag skall också riktas till primärvården, och utveckling av tjänster för barn, unga och familjer.

Statsrådet gav förordningen om resurser år 2009 torsdagen den 20 november och den träder i kraft den 1 januari 2009.

Pressmeddelande 20.11.2008

OECD: Finland måste anpassa sig till olikheterna i arbetstagarnas hälsa och arbetsförmåga

Finland bör skärpa sig då det gäller att kombinera människors arbetsförmåga, individuella resurser och arbetslivets behov. Det visar OECD:s temarapport om arbete, hälsoproblem och nedsatt funktionsförmåga som publicerades torsdagen den 20 november 2008.

Temarapporten behandlar förmåns- och servicesystemens förmåga att främja sysselsättningen bland handikappade och personer med nedsatt funktionsförmåga i Finland, Danmark, Irland och Nederländerna. I OECD-länderna är det vanligt att alltför många människor i arbetsför ålder hamnar utanför arbetslivet på grund av hälsoproblem. Enligt rapporten beror detta på att samhället inte är kapabelt att anpassa sig till individuella olikheter. Rapporten utreder verksamheten vid institutioner som har hand om arbete och förmåner, incitament samt presenterar metoder för att förbättra situationen.

Det finns två skäl till att satsa på reformer. Eftersom befolkningen åldras är det viktigt att effektivisera utbudet av arbetskraft. Personer med nedsatt funktionsförmåga är en viktig resurs. Om arbetsmöjligheterna förbättras tryggas också möjligheten för handikappade och personer med nedsatt funktionsförmåga att vara en del av samhället och ha den roll i samhället de vill ha. En höjning av sysselsättningsgraden och medföljande inbesparingar talar för att offentliga medel bör riktas till detta ändamål.

Rekommendationer som berör Finland

OECD (Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling) lyfter fram fyra helheter som kräver särskild utveckling i Finland.

Enligt OECD är den splittrade yrkesinriktade rehabiliteringen ett problem och dess finansiering bör också granskas kritiskt. Åtskilliga aktörer är ansvariga för olika befolkningsgrupper. Det är svårt för både klienten och myndigheten att veta vad som hör till vem och vad som bör göras. Det skulle vara viktigt för klienten att veta att en myndighet är ansvarig för honom eller henne genom hela processen.

Funktionsnedsattas, handikappades och övriga specialgruppers ställning som kunder vid arbetskraftsservicen bör förbättras. Samtidigt behövs en utredning om behovet av att rikta lönestöd till dessa grupper.

I enlighet med tidigare OECD-utredningar fäster rapporten uppmärksamhet vid den allmänna användningen av invalidpensionsförmåner som ett led i att bli förtidspensionerad. Enligt rapporten bör pensionssystemen utvecklas så att de på ett bättre sätt stöder deltidsarbete. Då arbetsförmågan utvärderas ska den återstående arbetsförmågan betonas mer än sjukdomar.

OECD fäster också uppmärksamhet vid arbetsgivarnas förpliktelser. De stora arbetsgivarnas självrisksystem för invalidpensioner kan höja tröskeln för att sysselsätta personer med nedsatt funktionsförmåga. Som motvikt till detta vill OECD ha fler åtgärder som uppmuntrar arbetsgivare att ge jobb till personer med nedsatt funktionsförmåga.

Rapporten betonar också skillnaderna i personalhälsovårdstjänsterna. Omfattningen av personalhälsovården varierar märkbart mellan olika branscher och olika storleks företag. OECD rekommenderar att personalhälsovården och hälsovården för arbetslösa förbättras. Reformen kräver ökade resurser men minskar kostnaderna på lång sikt.

Pressmeddelande 27.11.2008

Pekka Puska ny generaldirektör för THL och Jukka Männistö ny överdirektör för Valvira

Statsrådet utnämnde torsdagen den 27 november medicine och kirurgie doktor, generaldirektör Pekka Puska till generaldirektör för Institutet för hälsa och välfärd (THL) och vicehäradshövding, överdirektör Jukka Männistö till överdirektör för Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira). Verksamheten vid de nya myndigheterna som hör till social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde inleder sin verksamhet den 1 januari 2009. Generaldirektören utsågs för en fem års period och överdirektören för en sju års period.

Pekka Puska har varit generaldirektör vid Folkhälsoinstitutet sedan början av år 2003. Han har arbetat med forsknings- och förmansuppgifter vid Folkhälsoinstitutet sedan år 1997, bland annat som laboratoriedirektör, avdelningsdirektör och generaldirektör. Under åren 2001–2003 var Puska direktör för preventionen av kroniska sjukdomar och för hälsofrämjande vid WHO och under åren 1987–1991 var han riksdagsledamot.

I och med att Institutet för hälsa och välfärd grundas läggs Folkhälsoinstitutet och Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) ned.

Valviras nya överdirektör Jukka Männistö har varit överdirektör vid Rättsskyddscentralen för hälsovården (Teo) sedan år 2005. Före det var han direktör för Södra Savolax sjukvårdsdistrikt under åren 1991–2005. Han har också varit specialsakkunnig inom ramen för social- och hälsovårdsministeriets nationella hälsovårdsprojekt under åren 2003–2004.

I och med att Tillstånds- och tillsynscentralen för social- och hälsovården (Valvira) grundas läggs Rättsskyddscentralen för hälsovården (Teo) och Social- och hälsovårdens produkttillsynscentral (STTV) ned.

Pressmeddelande 01.12.2008

Arbetsgrupp: Offentliga sjukhus och hälsovårdscentraler kan öppnas för privat bruk

En arbetsgrupp som har tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet föreslår att begränsningen i sjukförsäkringslagen om vård som sker i offentliga lokaler avlägsnas. Det betyder att klienten skulle få sjukförsäkringsersättning för privat vård i offentliga lokaler. Med reformen som är inskriven i regeringsprogrammet vill man effektivisera användningen av de offentliga lokalerna inom hälsovården. Arbetsgruppen överlämnade sin utredning till statssekreterare Terttu Savolainen måndagen den 1 december 2008.

Enligt gällande sjukförsäkringslag ersätts inte sjukvårdskostnader för privat vård i den kommunala social- och hälsovårdens lokaler. Enligt arbetsgruppens förslag skulle begränsningen avlägsnas och i sjukförsäkringslagen inskrivas bestämmelser om på vilka premisser privat hälsovård i offentliga utrymmen skulle ersättas.

Ersättning skulle beviljas för läkar- och tandläkararvoden. Dessutom kunde vård och undersökningar som utförs av till exempel sjukskötare, barnmorskor, fysioterapeuter och psykologer ersättas.

Tjänsterna närmare klienten

Reformen skulle öka kommunens möjligheter att utnyttja lokaler som står tomma eller som är i otillräcklig användning. För producenter av privata hälsovårdstjänster erbjuder reformen verksamhetsmöjligheter också på orter där det finns brist på utrymmen inom den privata hälsovården.

Möjligheten för arbetstagare inom den offentliga hälsovården att hålla en privat mottagning på sin egen arbetsplats och det faktum att vården ersätts kan öka läkarens intresse att binda sig vid en tjänst inom den offentliga hälsovården på orter där det har varit svårt att få yrkeskunnig personal. Avstånden skulle också bli kortare och tjänsterna skulle komma närmare klienterna.

Reformen äventyrar inte vårdgarantin

Kommunerna kan i princip själva bestämma om de utnyttjar möjligheterna som reformen för med sig och i vilken utsträckning. Kommunerna skulle vara ansvariga för att utrymmena inte hyrs ut till för låga priser och att de hyrs ut på ett ändamålsenligt sätt ur hälsovårdens perspektiv. De privata hälsovårdstjänsterna i offentliga lokaler får inte äventyra den offentliga hälsovårdsverksamheten, patienternas tillgång till offentlig vård eller förverkligandet av vårdgarantin. Utrymmena bör till exempel alltid vid behov vara tillgängliga för offentliga hälsovårdstjänster.

Reformen får inte heller leda till att patienter inom den offentliga hälsovården förflyttas till den privata hälsovården i samma lokaler. Det skall alltid stå klart för patienten om han eller hon vårdas inom den privata eller offentliga hälsovården. Personalen inom den offentliga och privata hälsovården bör fästa särskild uppmärksamhet vid att informerar patienten om ordnandet av tjänsterna, effekterna samt om rätten att bestämma om överlämnandet av patientuppgifter.

Gränsdragningen mellan den offentliga och privata hälsovården kvarstår

Då lokalerna hyrs ut bör man enligt arbetsgruppen se till att den ursprungliga tanken bakom begränsningen av sjukförsäkringsersättningen förverkligas, det vill säga att gränsdragningen mellan den offentliga och privata kvarstår. Gränsdragningen är viktig med tanke på reglementering, arbetsfördelning och finansiering. Avsikten är att samma hälsovårdstjänst inte finansieras via två offentliga finansieringskanaler, med både skatte- och statsandelsfinansiering och sjukvårdsförsäkring.

Då den offentliga och privata hälsovården fungerar i samma lokaler bör det vara klart vem som svarar för vården och eventuella följder. Den som hyr ut lokalerna, det vill säga kommunerna, skulle ha ansvar för att gränsdragningen mellan den offentliga och privata vården kvarstår. Det skulle inte lagstiftas om kriterierna för systemets funktionsduglighet och Folkpensionsanstalten skulle inte heller kontrollerna hur kriterierna uppfylls då ersättningsansökningarna behandlas.

Social- och hälsovårdsministeriet skickar arbetsgruppens promemoria på remiss.

Pressmeddelande 18.12.2008

Tillståndsplikt för försäljning av tobaksprodukter från och med den 1 april 2009

Från och med den 1 april 2009 krävs det tillstånd för försäljning av tobaksprodukter. Dessutom ska beviljandet av tillstånd och tillsynen över försäljningen avgiftsbeläggas. Regeringen föreslog torsdagen den 18 december att ändringen av tobakslagen stadfästes. Avsikten är att republikens president stadfäster lagen på fredag.

Tobaksprodukter får endast säljas med ett detaljhandelstillstånd som har beviljats av kommunen. Tillståndet kan beviljas för viss tid. En tillståndsavgift uppbärs och kommunen fastställer grunderna för avgiften i taxan.

Tillståndsplikten möjliggör en bättre kontroll av försäljningen, eftersom den kommunala tillsynsmyndigheten som beviljar detaljhandelstillstånd och övervakar försäljningen av tobaksprodukter får kännedom om de försäljningsplatser som finns på kommunens område. Kommunen kan i vissa fall återkalla tillståndet. Den som säljer tobaksprodukter utan detaljhandelstillstånd döms till böter.

Minimistorleken på minutförsäljnings- och bruksförpackningarna ska vara 20 cigaretter och förpackningarna för rulltobak ska innehålla 30 gram tobak. Cigariller får endast säljas i minutförsäljningsförpackningar om minst 10 cigariller.

Brandsäkerhetskraven för cigaretter skärps från och med den 1 april 2010. Cigaretterna ska vara självsläckande, eftersom det då är mindre sannolikhet att en glödande cigarett som hanteras ovarsamt orsakar en eldsvåda. Cigaretternas tillverkare eller importörer ska intyga att cigaretterna uppfyller brandsäkerhetskraven. Noggrannare bestämmelser om brandsäkerhetskraven ges med en förordning av social och hälsovårdministeriet.

Regeringen tog också ett uttalande av riksdagen i beaktande. I uttalandet förutsätter riksdagen att ändamålsenligheten av straffbestämmelserna i tobakslagen utreds snabbt. I synnerhet bör man utreda hur lämplig straffnivån för försäljning av tobak till minderåriga är i förhållande till straffnivån för övriga brott.

Pressmeddelande 18.12.2008

Begränsningar av importen av tobaksprodukter som resgods

Regeringen föreslår nya begränsningar av den privata importen av tobaksprodukter som resgods. Resenären skulle i fortsättningen få importera högst 200 cigaretter, 50 cigarrer, 200 cigariller eller 250 gram tobak om förpackningarna inte är försedda med finsk- och svenskspråkiga hälsovarningar. Samma begränsning skulle även gälla innehav av utländska tobaksprodukter i Finland. Som straff för tobaksproduktsförseelse skulle böter kunna dömas ut. Regeringen fattade beslut om innehållet i ändringen av tobakslagen torsdagen den 18 december. Avsikten är att republikens president ger propositionen till riksdagen på fredag.

Begränsningarna som föreslås är samma som för tillfället tillämpas på skattefri import av tobaksprodukter som resgods från till exempel Estland och Ryssland. Syftet med lagförslaget är att bevara de finsk- och svenskspråkiga hälsovarningarnas effekt då importen som resgods särskilt från Estland släpps fri efter ett år. I praktiken flyttas de nuvarande begränsningarna av importen av tobaksprodukter som resgods från lagen om påförande av accis till tobakslagen.

Andelen tobaksprodukter som förs in till Finland från andra länder är nu 18 procent och enligt uppskattningar skulle andelen stiga till 30 procent under de närmaste åren utan de föreslagna ändringarna. I en motsvarande situation har man i Österrike begränsat den privata importen av tobaksprodukter från andra medlemsländer. Detta på grund av att man har uppskattat att importen påverkar hälsovarningarnas effekt.

Avsikten är att lagen träder i kraft i början av år 2009.

Pressmeddelande 18.12.2008

Arbetsgrupp: Cigarettaskarna bort från affärernas öppna hyllor och totalförbud mot snus

En arbetsgrupp föreslår att tobakslagen ändras så att det blir förbjudet att ha tobaksprodukter synliga i detaljhandelsställen. Samtidigt skulle det bli förbjudet för under 18-åringar att importera, köpa eller inneha tobaksprodukter. Det skulle också bli straffbart att bryta mot bestämmelserna om försäljning. Import, försäljning och annan överlåtelse av snus skulle förbjudas. Arbetsgruppen som bereder tobakspolitiska lagändringar och åtgärder överlämnade sin rapport till omsorgsminister Paula Risikko torsdagen den 18 december.

Totalförbud mot snus i Finland

Arbetsgruppen föreslår att det blir förbjudet att importera, sälja eller på annat sätt överlåta snus. Enligt den nuvarande EU-lagstiftningen är detta redan förbjudet inom hela unionen förutom i Sverige och på de svenska territorialvattnen. Enligt den finländska tobakslagstiftningen är det tillåtet att importera snus för eget bruk. I sin rapport konstaterar arbetsgruppen att snus förorsakar nikotinberoende snabbare än tobak och att det inte finns skäl att ta in nya tobaksprodukter på den finländska marknaden med tanke på folkhälsan.

Arbetsgruppen vill också förbjuda import, försäljning och annan överlåtelse av motsvarigheter till tobak och tobaksimitationer, som örtcigaretter, elektriska cigaretter och sötsaker som liknar tobaksprodukter.

Begränsningar i tillgängligheten av tobaksprodukter

Reklam, indirekt reklam och säljfrämjande åtgärder av tobaksprodukter har varit förbjudna i Finland sedan år 1976. Enligt arbetsgruppen är de viktigaste marknadsföringsknepet för tobaksprodukter i dagens läge produktförpackningen och sättet på vilket förpackningarna finns tillgängliga i affären. Undersökningar visar att risken för att börja röka ökar ju mer synliga tobaksprodukterna är.

Enligt förslaget skulle tobaksprodukterna och deras varumärken inte längre få vara synliga i detaljhandelsställen som säljer tobaksprodukter. Det skulle också bli förbjudet att sälja tobak från automater. Detaljförsäljarna kunde på begäran av kunderna visa en lista över de tobaksprodukter som finns till salu. Listan skulle innehålla tobaksprodukternas namn, styckemängden eller hur många gram produkten innehåller och priset. Informationen skulle vara skriven med en enhetlig font och det skulle vara förbjudet för kunderna att ta med sig listan.

Inga rökutrymmen i närheten av minderåriga

Enligt arbetsgruppen ska det inte få byggas rökutrymmen i byggnader eller utomhusområden som vistas av minderåriga. Rökutrymmen skulle inte heller få byggas nära olika ventilationsöppningar eller i samt utanför sjukhus och hälsocentraler. I hotell eller övriga inkvarteringsrörelser skulle man endast få reservera tre rum eller max en tiondel av alla rum för kunder som röker. Arbetsgruppen föreslår dessutom att rökförbudet i allmänna fordon utvidgas så att det också gäller alla övriga fordon som skjutsar minderåriga.

Det skulle bli förbjudet att sälja tobaksprodukter i och utanför utrymmen som är menade för minderåriga. Arbetsgruppen föreslår att det i tobakslagen skrivs in motsvarande bestämmelser som i alkohollagen, det vill säga att under 18-åringar inte längre får köpa eller inneha tobaksprodukter. Försäljning av tobaksprodukter till minderåriga skulle till och med kunna leda

till fängelsestraff. Arbetsgruppen menar att försäljning av tobaksprodukter till minderåriga visar på total ansvarslöshet, eftersom den minderåriga inte själv är tillräckligt mogen att utvärdera följderna av rökningen.

Arbetsgruppens förslag på remiss till slutet av januari

Statssekreterare **Ilkka Oksala** var ordförande för arbetsgruppen som reviderar tobakslagstiftningen. Arbetsgruppens förslag skickas ut på remissrunda ända till den 31 januari 2009. Avsikten är att förslaget om revideringen av tobakslagstiftningen ges till riksdagen under vårsessionen 2009.

Pressmeddelande 18.12.2008

Rätt till personlig assistans för handikappade från och med den 1 september 2009

Gravt handikappade personers ställning förbättras märkbart nästa år då ändringen av handikappservicelagen träder i kraft den 1 september 2009. Med lagen tryggas gravt handikappade personers rätt till personlig assistans för dagliga sysslor i hemmet eller utanför hemmet. Regeringens föreslog torsdagen den 18 december att lagen ska stadfästas. Avsikten är att republikens president stadfäster lagen på fredag.

De gravt handikappade personer som nödvändigt och upprepade gånger behöver en annan persons hjälp har rätt till personlig assistans. Om den sökande fyller kriterierna som finns i lagen kan kommunen inte förneka tjänsten genom att hänvisa till anslagen. Kommunen bör erbjuda personlig assistans i de dagliga sysslorna och i arbete och studier i den utsträckning det är nödvändigt. Till andra ändamål ska personlig assistans ordnas minst 10 timmar i månaden och från och med år 2011 minst 30 timmar i månaden.

Det finns olika alternativ för kommunerna att ordna servicen. Kommunen kan ersätta kostnaderna för avlönandet av en personlig assistent. Arrangemanget motsvarar det nuvarande systemet med personlig hjälpare, enligt vilket hjälparen står i ett anställningsförhållande till den person som får hjälp. Kommunen kan också ge den gravt handikappade en servicesedel för anskaffning av assistentservice. Enligt det tredje alternativet kan kommunen ordna servicen i form av köpta tjänster antingen inom ramen för den egna serviceproduktionen eller i avtalsbaserat samarbete med en annan kommun eller andra kommuner.

Servicen för en handikappad person bör planeras omsorgsfullt inom en rimlig tid. Enligt förslaget ska utredning av servicebehovet inledas senast den sjunde vardagen efter det att kontakt har tagits för erhållande av service. En serviceplan ska uppgöras utan obefogat dröjsmål och beslut om service och stöd ska fattas senast inom tre månader från det att ansökan har gjorts.

Kommunen bör också ordna tjänster för handikappade personer i första hand i enlighet med handikappservicelagen. Om dessa tjänster inte är tillräckliga eller passliga för klienten bör kommunerna även i fortsättningen ordna tjänster i enlighet med lagen om utvecklingsstörda.

Lagen om personlig assistans är en del av en mer omfattande reform med vilken handikappservicelagen och lagen om utvecklingsstörda gradvis slås samman. Reformen finns inskriven i regeringsprogrammet.

Pressmeddelande 22.12.2008

Inrikesministeriet och social- och hälsovårdsministeriet enades om gemensamma utvecklingsåtgärder för nödcentraler

Inrikesministeriet och social- och hälsovårdsministeriet informerar

Inrikesministeriet och social- och hälsovårdsministeriet har färdigställt sina utredningar till justitiekanslern om nödcentralverkets verksamhetsförutsättningar. Utredningarna omfattar ett antal utvecklingsåtgärder som inrikesminister Anne Holmlund och omsorgsminister Paula Risikko enats om.

Åtgärderna går bland annat ut på att uppdatera och harmonisera polisens, räddningsväsendets och social- och hälsovårdsväsendets anvisningar för att bedöma hur stort och brådskande ett hjälpbehov är. De omfattar också ökad fortbildning för nödcentraloperatörer och syftar till att utveckla en modell för att bedöma läget på platsen och för fortsatta åtgärder när det gäller berusade kunder.

Inrikesministeriet bedömer i sin utredning att nödcentralerna fungerar på en minst acceptabel nivå. Nödcentralverket har sedan 2006 fått extra pengar för att anställa personal och för att utveckla datasystem och utbildning. Situationen för jourhavande i huvudstadsregionen lindras i början av 2009 då en kurs för att utbilda 24 jourhavande börjar i Kervo.

Social- och hälsovårdsministeriet anser att nödcentralreformerna har effektiviserat och förbättrat sjuktransportberedskapen nationellt och ministeriet anser inte att det finns behov av att ifrågasätta myndigheternas gemensamma modell för nödcentralverksamhet.

Anvisningar och utbildning måste utvecklas

År 2007 mottog nödcentralerna 2,9 miljoner nödsamtal. Dessutom mottog nödcentralerna 850 000 anmälningar om icke-brådskande sjuktransporter och om uppdrag som myndigheter utfört på eget initiativ samt 50 000 anmälningar från larmanläggningar. Dessutom mottog nödcentralerna 800 000 samtal som inte med fog kan anses vara nödsamtal.

Nödcentraloperatören som tar emot anmälan bedömer hur stort och brådskande hjälpbehovet är enligt anvisningar från myndigheter. Den jourhavande får anvisningar av polisen, social- och hälsovården och räddningsväsendet. Eftersom anvisningarna är branschspecifika kan det uppstå situationer där den jourhavande till exempel följer anvisningar från hälsovården även om det vore bättre att följa polisens anvisningar. Dylika problem har uppstått vid bedömning av hjälpbehovet hos berusade.

Att bedöma hälsotillståndet hos en alkoholpåverkad person är en mycket krävande uppgift, framför allt i telefon. Eftersom antalet ambulanser är begränsat och eftersom många berusade slocknar på olika ställen särskilt i städer är det inte möjligt att utan riskbedömning vid varje nödsamtal skicka en ambulans utan att riskera andra hjälpbehövande. En berusad person behöver i och för sig inte alltid ambulans, men å andra sidan finns det också skäl att tillkalla ambulans om den berusade har en sjukdom eller skada som kräver det.

Prioriterade åtgärder är att öka de jourhavandes kompetens och effektivisera riskbedömningssutbildningen. Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte dessutom våren 2008 en arbetsgrupp för att uppdatera de riskbedömningsanvisningar som används vid nödcentraler. Uppdateringen syftar till att göra anvisningarna mer användbara också när det gäller anmälningar om berusade personer. Inrikesministeriet och social- och hälsovårdsministeriet har tillsammans enats om att granska utbildningsprogrammet för nödcentraloperatörer i fråga om de nya anvisningarna.

Ministerierna har dessutom kommit överens om att polisens, räddningsväsendets och social- och hälsovårdens riskbedömningsanvisningar för nödcentraloperatörer ska totalrevideras

och kombineras till en enhetlig anvisning före år 2012. Redan år 2009 ska polisen och social- och hälsovården tillsammans se över och uppdatera nationella riskbedömningsanvisningar och korrigera dem där det behövs.

Också annan verksamhet vid nödcentralerna ska göras nationellt mer enhetlig. Arbetet pågår redan inom en riksomfattande samarbetsgrupp för nödcentralsverket, som inrikesministeriet har tillsatt.

Utbildningen för nödcentraloperatörer ska utvecklas och deras fortbildning utökas redan nästa år. Räddningsinstitutets och Polisyrkeshögskolans kompetens ska utnyttjas då utbildningen planeras och genomförs. Räddningsinstitutets utbildning för nödcentraloperatörer ska dessutom auditeras av en utomstående aktör år 2009 och läroplanen ses över senast år 2010.

Nödcentralsverkets interna kontroll ska vidareutvecklas

Inrikesministeriets interna granskning kontrollerade år 2007 verksamheten vid nödcentralsverket i samarbete med en extern granskning. I år har nödcentralsverket själv utvecklat sin egen interna kontroll. Tyngdpunkten i granskningarna har legat på verksamheten vid Helsingfors nödcentral.

Nödcentralsverket har gett anvisningar för hur besvär och klagomål ska behandlas inom verket. Nödcentralsverkets nödcentralsenhet tar emot omkring 30 besvär eller klagomål om året. Det är väldigt lite i förhållande till antalet telefonsamtal. Information från behandlingen av besvären utnyttjas i fortsättningen av samarbetsmyndigheter då de utför riksomfattande styrning och övervakning.

Pressmeddelande 13.01.2009

Beredningen av lagen om hälso- och sjukvård på väg i rätt riktning

Social- och hälsovårdsministeriet har sammanställt ett sammandrag av de över 300 utlåtandena om förslaget till den nya lagen om hälso- och sjukvård. Enligt utlåtandena är arbetsgruppens förslag som presenterades på sommaren på väg i rätt riktning, om än lite försiktigt. Förslaget fick beröm för att på ett nytt sätt ta patientens rättigheter i beaktande. Syftet att stärka ett nära samarbete mellan primärhälsovården och den specialiserade sjukvården fick också god kritik. Enligt utlåtandena är den största bristen i lagförslaget det faktum att man inte i tillräckligt hög grad har tagit reformens effekter på till exempel kommunernas ekonomi i beaktande. Det krävs ännu grundliga utredningar om hur man kan göra diverse effektbedömningar.

Servicestrukturen i kommunerna inverkar på det fortsatta beredningsarbetet

Enligt utlåtandena är det i synnerhet viktigt att man i beredningsarbetet beaktar effekterna av kommun- och servicestrukturen. Dessutom bör reformen av handikapplagstiftningen och lagen om statsandelar till kommunerna, förändringarna i statens regionalförvaltning samt det arbete som Sata-kommittén som tänker över totalreformen av den sociala tryggheten tas i beaktande i det fortsatta beredningsarbetet.

Social- och hälsovårdsministeriet ska i samband med det fortsatta beredningsarbetet utvärdera de gemensamma strukturerna för hälsovården och socialvården. Avsikten är att bereda en skild lag om organiserandet av den kommunala social- och hälsovården samt den nationella utvecklingen och tillsynen. I lagen om hälso- och sjukvård skulle man lagstifta om innehållet i tjänsterna.

Det fortsatta beredningsarbetet har beviljats tilläggstid. Regeringens proposition ges till riksdagen i början av år 2010. Redogörelsen om Paras-ramlagen som ges under höstsessionen 2009 påverkar tidtabellen. Tidstillägget ger också en möjlighet att utnyttja resultatet av förfrågningen om utvecklingen av servicestrukturerna inom social- och hälsovården som ges till kommunerna i mars 2009 samt att ta responsens från utlåtandena i beaktande.

Målsättningen är att förbättra patientens ställning

Den nya lagen om hälso- och sjukvård skulle ersätta folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. Syftet med lagen är att stärka ett nära samarbete mellan primärhälsovården och den specialiserade sjukvården, främja samarbetet mellan dessa på en regional nivå och öka patientens valmöjligheter. Man vill erbjuda patienten en möjlighet att få de vanligaste tjänsterna inom den specialiserade sjukvården nära sin hemort genom att församla grundläggande funktioner inom primärvården och den specialiserade sjukvården, såsom poliklinisk konsultation och dagkirurgi.

En annan viktig målsättning är att förstärka främjandet av hälsa och välfärd genom att göra det främjande arbetet till en del av strategi- och ekonomiplaneringsarbetet i kommunerna. I och med den nya lagen skulle patientregistren användas som ett större stöd i vården av patienter. Dessutom skulle en tidsfrist på tre månader för nödvändiga polikliniska åtgärder och undersökningar ingå.

Pressmeddelande 22.01.2009

Screeningen av gravida varierar i kommunerna

Omkring var tionde kommun erbjuder inte kvinnor möjlighet till allmän ultraljudsundersökning under tidig graviditet. Enligt förordningen om screening bör alla gravida kvinnor från början av år 2007 ha kunnat genomgå allmän ultraljudsundersökning under tidig graviditet i sin hemkommun. Detta framgår av en rapport som sammanställts av en sakkunniggrupp med uppgift att stödja genomförandet av screeningprogrammet för upptäckande av avvikelser hos foster. Rapporten överlämnades till omsorgsminister Paula Risikko torsdagen den 22 januari.

Kommunerna är skyldiga att ordna screeningar för kromosomavvikelser och grava anatomiska avvikelser hos fostret inom tre år efter det att förordningen om screening trädde i kraft dvs. före slutet av år 2009. Allmänna ultraljudsundersökningar under tidig graviditet skulle inledas senast den 1 januari 2007. För närvarande förekommer det stora regionala skillnader i det praktiska genomförandet, som dock sannolikt kommer att minska i slutet av den föreskrivna övergångsperioden.

Screening inom den offentliga hälso- och sjukvården är den bästa lösningen

Arbetsgruppen anser att screeningar inom det offentliga vårdsystemet ger bästa resultat. För att en gravid kvinna själv ska kunna avgöra om hon deltar i screeningen eller inte behöver hon tillförlitlig kunskap om vilka metoder som används vid screeningarna, deras mål, vad fortsatta undersökningar innebär samt eventuella risker i screeningprocessens olika stadier.

Om kommunen köper screeningen av en utomstående leverantör ska upphandlingen ske som en helhet inklusive rådgivning, konsultationsmöjligheter och detaljerade kvalitetskrav. Den köpta tjänsten får till exempel inte avgränsas till enstaka ultraljudsundersökningar. Kombinerad screening och ultraljudsundersökning av fostrets anatomi under tidig graviditet kan genomföras antingen inom primärvården eller den specialiserade sjukvården eller delvis i båda.

Kvalitetskrav för screening

Arbetsgruppen har utarbetat kvalitetskrav för screeningen av avvikelser hos fostret. Kraven innefattar god utbildning, erfarenhet och samarbetsförmåga hos den personal som utför screeningen. Screeningarna ska koncentreras till enheter som är tillräckligt stora för att kunna ge alla gravida möjlighet till likadana undersökningar av hög kvalitet. I synnerhet laboratorieundersökningar, riskkalkyler och fortsatta diagnostiska undersökningar ska koncentreras till universitetssjukhus.

Betydande kromosomavvikelser eller anatomiska avvikelser upptäcks hos 2–3 av hundra nyfödda. Screeningarna för fosteravvikelser är alltid frivilliga. Vetskap på ett tidigt stadium om att fostret lider av en svår avvikelse ger kvinnan tid att förbereda sig för att ta emot ett svårt sjukt eller döende barn eller alternativt en möjlighet att avbryta graviditeten före utgången av 24:e graviditetsveckan på grundval av avvikelse hos fostret.

Bakgrund

Statsrådet utfärdade den 21 december 2006 förordningen om screening (1339/2006) som innehåller screening under graviditeten för utredning av avvikelser hos fostret. Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte en sakkunniggrupp för perioden 1.2–31.12.2008 med uppgift att stödja och koordinera genomförandet av screeningar för avvikelser hos foster och bidra till att screeningprogrammet genomförs i kommuner och samkommuner. Ordförande för arbetsgruppen var medicinalråd Terhi Hermanson från social- och hälsovårdsministeriet och sekreterare överläkare Jaana Leipälä från Institutet för hälsa och välfärd.

Pressmeddelande

Den nya läkemedelscentralen placeras i Kuopio

Verksamheten vid den nya centralen för läkemedelsområdet inleds i Kuopio den 1 september 2009. Forsknings- och utvecklingsfunktionerna flyttas först till Kuopio. Social- och hälsovårdsminister Liisa Hyssälä fattade beslut om regionaliseringen i dag. Koordineringsgruppen för regionaliseringen gav redan i december sitt enhälliga understöd för att läkemedelscentralen ska placeras i Kuopio.

Personalens ställning tryggas med en femårig övergångsperiod. De sista funktionerna flyttas före den 31 augusti 2014 då hela verksamheten vid läkemedelscentralen senast ska fungera i Kuopio. Utredningspersonen som utredde regionaliseringen föreslog att övergångsperioden tar slut tidigast i slutet av år 2011.

Förberedelserna för att starta verksamheten i Kuopio inleds omedelbart. Förflyttningen av personalen och uppgifterna utförs stegvis så att kärnverksamheten tryggas under alla omständigheter. Det kommer att skickas en personlig förfrågan till de anställda om de är villiga att flytta till Kuopio.

Man kommer att fästa särskild uppmärksamhet vid att verksamheten tryggas även under övergångsperioden. Läkemedelssäkerheten tryggas under alla omständigheter. Samtidigt som den nya centralen grundas kommer ministeriet att stärka expertisen inom läkemedelsbranschen genom att öka personalen inom branschen ännu under detta år.

I den nya centralen för läkemedelsområdet samlas läkemedelsbranschen som nu är splittrad och dessutom förstärks kompetensen. Den starka kompetensen i området gynnar Kuopio som placeringsort. Effekterna i regionen, de funktionella effekterna och tillgången till personal låg som grund för social- och hälsovårdsministeriets förslag till koordineringsgruppen för regionaliseringen.

Ministeriet fortsätter komplettera den befintliga planen för riskhantering tillsammans med Läkemedelsverket med anledning av att den nya centralen grundas och att överdirektören vid Läkemedelsverket byts ut.

Från och med den 16 februari 2009 utnämns social- och hälsovårdsministeriets biträdande avdelningschef Marja-Liisa Partanen till tf generaldirektör för Läkemedelsverket. Social- och hälsovårdsministeriet flyttar beredningsansvaret för den nya läkemedelscentralen till biträdande avdelningschef Partanen från och med den 19 januari. Planen för riskhantering kompletteras under hennes ledning.

Möjligheten för personalorganisationerna, personalens representanter och personalen att delta i beredningen tryggas på alla nivåer. Omorganiseringen av läkemedelsförsörjningen sköts i enlighet med statsrådets principbeslut om ordnande av statsanställdas ställning vid organisationsförändringar inklusive tillämpningsanvisningarna. De personalpolitiska åtgärderna inleds omedelbart i enlighet med principbeslutet.

Vid social- och hälsovårdsministeriet fortsätter arbetet med att grunda den nya centralen för läkemedelsområdet och omorganiseringen av läkemedelsförsörjningen. Styrningsgruppen för projektet leder förändringsprocessen, drar upp riktlinjer för den nya centralens strategi, ledningssystem och de uppgifter som förflyttas. Styrningsgruppen ser till att personalen får tillräcklig information om projektet. Projektgruppen, som lyder under styrningsgruppen, styr och koordinerar reformen och har bland annat hand om beredningen av strategin, organisationen och ledningssystemet. Dessutom arbetar en konsult med projektet.

Pressmeddelande 29.01.2009

Valviras informationstjänst ger information om yrkesutbildade inom hälso- och sjukvården

Medborgarna får bättre information om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och deras kompetens då en offentlig informationstjänst öppnas på nätet. Tjänsten upprätthålls av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira). Det går enbart att söka information om yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården med enskilda sökningar genom att använda den registrerades namn eller registernummer. Regeringens föreslog torsdagen den 29 januari att lagen ska stadfästas. Avsikten är att republikens president stadfäster lagen på fredag.

I informationstjänsten finns förutom den yrkesutbildade personens namn och registernummet också information om födelseår, uppgift om rätt att utöva yrke, uppgift om rätt att vara verksam som specialist- och specialtandläkare samt uppgifter om begränsningar i rätten att utöva yrket. Det går inte att få adressuppgifter eller information om arbetsplatsen från tjänsten.

Den avgiftsfria tjänsten innehåller uppgifter om alla personer som är yrkesutbildade inom hälso- och sjukvården. Med hjälp av tjänsten kan medborgarna på ett enkelt sätt kontrollera att den person som ger vård är en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Den offentliga informationstjänsten underlättar också verksamheten för myndigheterna och apoteken samt tillsynen av den yrkesutbildade personalen.

Pressmeddelande 29.01.2009

Patientsäkerhetsrisker hanteras genom förutseende arbete

Patientsäkerhetsrisker kan likställas med risker inom luftfarten eller övriga branscher med hög riskfaktor. Hanteringen av risker inom patientvården är ändå inte på samma nivå. Av alla

patienter som vårdas på sjukhus utsätts var tionde för en risksituation. Till och med hälften av risksituationerna kunde förebyggas genom att ta i bruk preventiva tillvägagångssätt som baserar sig på goda erfarenheter.

Social- och hälsovårdsministeriet publicerade torsdagen den 29 januari Finlands första strategi för patientsäkerhet, vars huvudsakliga syfte är att styra social- och hälsovården mot en enhetlig patientsäkerhetskultur. Enligt strategin bör vården vara effektiv och säker. Handlings-sätten inom hela organisationen och ledningen påverkar ofta säkerheten.

Helhetsansvaret ligger hos organisationsledningen

Helhetsansvaret för patientsäkerheten ligger hos organisationsledningen och den ska betona patientsäkerheten i all verksamhet. Ledningen bör se till att det finns tillräcklig personal inom organisationen, att informationsgången är säkrad och att arbetsplatsen har en på förhand överenskommen praxis. Den nya personalen ska också omsorgsfullt sättas in i rutinerna. Ekonomiska faktorer får inte vara avgörande då det handlar om säkerhet.

Till exempel inom luftfarten är rapportering och hantering av risksituationer etablerad praxis. Verksamheten görs säkrare med hjälp av dylik information. Avsikten är att införa liknande modeller i hälsovården. Förutsättningen är att risksituationerna granskas så att ingen blir syndabock. Rapportering är en bra metod med vilken man kan granska arbetet och eventuella risker. Förslaget om den nya lagen om hälso- och sjukvård innehåller en egen paragraf, enligt vilken organisationerna bör ha ett system för kvalitets- och patientsäkerhet.

Patientsäkerheten är en gemensam sak för patienterna och yrkespersonalen inom social- och hälsovården. För att patienten ska kunna delta i patientsäkerheten måste han eller hon få tillräcklig information om vården, sin sjukdom, behandlingsmetoderna, läkemedlen och alternativen. I slutändan har patienten oftast den bästa helhetsbilden. Om en negativ händelse inträffar ska saken diskuteras med patienten och detta förfarande bör utvecklas.

Syftet är att ändra verksamhetskulturen

Målsättningen med strategin är att få till stånd märkbara förändringar i patientsäkerheten både gällande praxis och verksamhetskultur före utgången av år 2013. Strategin för patientsäkerhet är utarbetad av den av social- och hälsovårdsministeriet tillsatta styrgruppen för främjande av patientsäkerhet, vars arbete fortsätter till årets slut. I fortsättningen svarar social- och hälsovårdsministeriet för beredningen av förordningar som hänför sig till patientsäkerheten och Institutet för hälsa och välfärd svarar för verkställandet av strategin.

Ärendet är aktuellt även på övriga håll i Europa eftersom EU som bäst bereder en rekommendation om patientsäkerheten som väntas godkännas i juni 2009

En preliminär version av strategin för patientsäkerhet finns på ministeriets webbplats www.stm.fi/svenska. Den färdiga publikationen utkommer i ett senare skede.

Pressmeddelande 02.02.2009

Arbetsgrupp: Vården för gravida kvinnor med missbruksproblem måste säkerställas

Gravida kvinnor ska få en lagstiftad subjektiv rätt till tillgång till en omedelbar bedömning av vårdbehovet och till missbrukarvård enligt bedömningen. Det bör vara enkelt att uppsöka vård och ändamålsenliga missbrukartjänster ska erbjudas redan innan en graviditet. Vård oberoende av den gravida kvinnans vilja får inte ersätta otillräcklig missbrukarvårdsservice men detta alternativ

ska användas då alla andra medel har uttömts. Det föreslår en arbetsgrupp som överlämnade sin rapport till omsorgsminister Paula Risikko måndagen den 2 februari.

Enligt arbetsgruppen bör man i Finland utreda möjligheten att bereda bestämmelser om vård oberoende av vilja enligt dansk och norsk modell. Den gravida kvinnan kunde själv förbinda sig till att ta emot en vårdplats genom att skriva under ett vårdavtal. Avtalet skulle vara i kraft under en på förhand bestämd tid även om personen skulle ändra åsikt. Enligt arbetsgruppen bör man också lagstifta om en möjlighet till vård oberoende av vilja på grund av hälsorisk för barnet.

Enligt den nuvarande lagstiftningen kan en person tas in för vård för fem dygn på grund av hälsorisk. Arbetsgruppen vill att denna period förlängs till 30 dagar och att fortsatt vård möjliggörs till slutet av graviditeten. Syftet med vård oberoende av vilja är att få den gravida kvinnan att förbinda sig vid ett frivilligt rusmedelsprogram som sträcker sig till slutet av graviditeten.

Den allmänna medvetenheten om rusmedelsskador ska ökas

Arbetsgruppen betonar vikten av att förebygga rusmedelsproblem och öka den allmänna medvetenheten om rusmedel. I grundskolan och vid utbildningen på andra stadiet bör man ge mer information om hurdana skador alkohol och droger kan orsaka. Arbetsgruppen vill också att alkoholförpackningarna förses med varningstexter om hur skadlig alkoholen är för fostret. I mån av möjlighet bör man vid hälsovårdscentralerna föra alkoholbruk och tobaksrökning på tal med alla kvinnor i fertil ålder och med deras partner.

Alkoholpolitiska val har en inverkan på hur mycket problem det förekommer i landet. Enligt arbetsgruppen bör förslagen stödjas genom att förstärka den allmänna alkoholpolitiken, bevara Alkos detaljmonopol och höja alkoholskatten så att alkoholkonsumtionen igen minskar.

Rådgivningsbyråerna spelar en viktig roll

Rusmedel bör föras på tal med alla klienter vid rådgivningsbyråerna i ett så tidigt skede som möjligt. Även partners alkoholbruk bör kartläggas. Det hembesök som görs under graviditeten eller efter födseln bör göras när partnern är hemma eftersom det då är möjligt att bekanta sig noggrannare med familjesituationen. Rådgivningsbyråerna bör aktivt stöda mödrar som använder rusmedel att avstå från rusmedlen. Detta kan till exempel göras genom att ordna extra besök till rådgivningen, erbjuda hembesök, uppmuntra till att föra en dryckesdagbok och tillsammans med familjen göra upp en målinriktad plan, vars förverkligande uppföljs.

Hälsovården, socialservicetjänsten för bostadslösa, socialjouren och polisen bör uppmuntra gravida kvinnor som är rusmedelsmissbrukare att söka hjälp vid en rådgivningsbyrå där de får moderskapsunderstöd och vård. Specialkunskapen bör koncentreras till universitetssjukhusen eller centralsjukhusen men en del av kontrollerna kunde också göras vid rådgivningsbyråerna. Då man vid moderskapspolikliniken konstaterar att modern är i behov av missbrukarvård som ordnas av socialväsendet eller av ett förstahem som är specialiserat på rusmedelsproblem bör betalningsförbindelsen beviljas på basis av läkarens remiss.

Pressmeddelande 06.02.2009

Tobakslagen begränsar inte rätten att uttrycka sig

I offentligheten har förekommit uppgifter om att den tobakspolitiska arbetsgruppens vill att reklamförbudet också gäller direkt och indirekt reklam för tobaksrökning eller främjande av tobaksrökning. Enligt vissa tolkningar skulle förbudet gälla till exempel en artikel där man med text och bilder berättar att den intervjuade röker och den allmänna tonen i artikeln inte har en

negativ inställning till tobaksrökning. Enligt ordföranden i den av social- och hälsovårdsministeriet tillsatta arbetsgruppen statssekreterare Ilkka Oksala har arbetsgruppen inte kommit med ett dylikt förslag.

“Inom arbetsgruppen diskuterade vi ofta om rökning i till exempel teveserier, filmer och skådespel. Efter varje diskussion var arbetsgruppen enhälligt överens om att man får visa människor som röker i serier såsom *Sex and the City* och *Mad Men* samt i till exempel filmerna om familjen Suominen”, säger Oksala.

Enligt statssekreterare Oksala får även manuskript för nya pjäser, filmer och teveserier innehålla scener med rökande människor. Arbetsgruppen vill inte på det här viset begränsa rätten att uttrycka sig.

“Tobaksreklam har varit förbjuden i Finland sedan år 1976 och nu är avsikten enbart att se till att ingen kringgår förbudet. Vi kan inte ha ett system där det är förbjudet att göra reklam för tobaksvarumärken före en film men fritt fram att göra det i själva filmen”, säger Oksala.

“Om det finns en risk att tillsynsmyndigheterna inte klarar av att tolka den planerade paragrafen såsom arbetsgruppen har avsett slopas paragrafen helt”, konstaterar statssekreterare Oksala.

Arbetsgruppen som bereder tobakspolitiska lagändringar och åtgärder överlämnade sin rapport till omsorgsminister Paula Risikko i december och förslaget skickades sedan ut på remiss. Avsikten är att ge förslaget till ny tobakslag till riksdagen under vårsessionen 2009.

Pressmeddelande 05.03.2009

Mer omfattande användning av servicesedlar i social- och hälsovårdstjänster

Det föreslås att användningen av systemet med servicesedlar utvidgas i social- och hälsovårdstjänster. Kommunerna bestämmer om införandet av ett system med servicesedlar och serviceurvalet samt för förteckning över de privata serviceproducenter som den har godkänt och vars tjänster får betalas med en servicesedel. Regeringen föreslog torsdagen den 5 mars en lag om servicesedlar inom social- och hälsovården. Avsikten är att republikens president ska överlämna propositionen till riksdagen fredagen den 13 mars.

Reformen ändrar inte kommunernas skyldighet att ordna social- och hälsovård för sina invånare. Servicesedlar är ett sätt att ordna tjänster inom offentlig social- och hälsovård med hjälp av privata serviceproducenter. Andra sätt att ordna kommunal service är kommunernas och samkommunernas egen produktion och köpta tjänster från offentliga eller privata serviceproducenter.

Målet med servicesedeln är att öka valmöjligheterna för klienter, förbättra tillgången till tjänster, göra serviceproduktionen mångsidigare samt främja samarbetet mellan kommunerna, det kommunala näringslivet och de privata serviceproducenterna. Bestämmelserna om värdet på de servicesedlar som beviljas för tjänster som ges i hemmet ska fortsättningsvis ingå i socialvårdslagen och folkhälsolagen.

Lagarna avses träda i kraft den 1 juni 2009.

Kommunen ska fastställa ett rimligt värde för servicesedeln

Kommunerna är skyldiga att informera klienterna om hur servicesedelns värde och självriskandel fastställs, serviceproducenternas priser och klientavgifterna samt att ge råd till klienterna när det gäller användningen av servicesedlar. När kommunen ger klienten en servicesedel förbinder den sig samtidigt att ersätta kostnaderna till ett visst, av kommunen förhandsbestämt värde.

Om klienten vägrar ta emot en servicesedel när det gäller tjänster som kommunen är skyldig att ordna ska kommunen hänvisa klienten till kommunala tjänster som ordnas på annat sätt.

Servicesedelns värde ska fastställas till ett rimligt pris, så att klienten i praktiken kan välja att använda servicesedel för tjänsten. När det gäller de tjänster som enligt klientavgiftslagen är avgiftsfria ska servicesedelns värde bestämmas så att klienten inte tvingas betala för tjänsten. Ett undantag utgör hjälpmedlen för medicinsk rehabilitering. Då ska en klient som har valt att använda servicesedel själv betala en del av priset på hjälpmedlet om han eller hon skaffar ett hjälpmedel som är dyrare än ett sedvanligt hjälpmedel som motsvarar klientens individuella behov.

Kommunen ska ha möjlighet att i enskilda fall bestämma ett högre värde på servicesedeln om förutsättningarna för klientens utkomst äventyras på grund av självriskandelen.

Systemet med servicesedlar ger kostnadsinbesparingar om det lyckas

Införandet av systemet med servicesedlar ökar något kommunernas kostnader för administration av social- och hälsovårdstjänster. Det har bedömts att införandet av systemet ökar produktiviteten och ger kostnadsinbesparingar om det lyckas.

Den del av tjänstens pris som ska betalas av klienten kan variera beroende på klientens inkomst och vilken form av servicesedel som används. Kommunerna bestämmer i vilken omfattning servicesedeln införs och vilken form av servicesedel som används och därför kan skillnaderna mellan kommunerna när det gäller ordnandet och genomförandet av verksamheten vara betydande.

Pressmeddelande 17.03.2009

Miljö- och hälsoskyddet får större enheter

Miljö- och hälsoskyddet har starka skäl att övergå till större enheter. Enligt en utvärdering kommer de större enheterna som reformen medför att gagna ekonomin, specialiseringen, servicekvaliteten, personalen och fungerande arbetsplatser.

Utvärderingens resultat understryker miljö- och hälsoskyddets särställning. Utmaningarna kan mötas genom att tillsynen koncentreras till större enheter som kan ordna samarbete med närliggande verksamhetsområden. Enligt utvärderingen behöver miljövärden inte nödvändigtvis placeras i samma enhet som miljö- och hälsoskyddet.

En större enhet för helt klart med sig fördelar i fråga om personal och kompetens och stöder de mål som ställts upp för verksamheten. En sådan tillsynsenhet bygger upp en långsiktig konkurrenskraft för områdets kommuner och näringsliv.

Resultaten bygger på en förfrågan som gick till alla enheter för miljö- och hälsoskydd i oktober-december i fjol. Frågorna gällde hur reformens innehållsmässiga mål ska nås. Förfrågan skickades till cheferna för hälsoövervakningen, till företrädare för personalen och till utvalda förtroendevalda beslutsfattare vid enheter som betjänar ett område som är större än en kommun. Svarsprocenten var 48. I början av år 2009 hölls dessutom två gruppintervjuer. Utvärderingen gjordes av Finlands Kommunförbund.

Reformen minskar antalet tillsynsenheter

Målet för reformen av miljö- och hälsoskyddet är färre tillsynsenheter i Finland. Hösten 2003 gav statsrådet ett principbeslut enligt vilket kommunerna frivilligt ska bilda 50-85 större regionala tillsynsenheter. Större enheter ger bättre förutsättningar att koncentrera resurserna och förbättrar personalens möjligheter att specialisera sig.

Antalet enheter har minskat till hälften som en följd av principbeslutet och samarbetsförsöken. Avsikten är att sätta fart på utvecklingen lagstiftningsvägen. Lagen bereds vid social- och hälsovårdsministeriet och överlämnas till riksdagen under vårsessionen.

Enligt lagen ska kommunen höra till ett samarbetsområde. År 2007 fogades till principbeslutet en punkt enligt vilken statsrådet kan besluta om en kommun ska höra till ett samarbetsområde

om beslut inte fattats inom utsatt tid. Med samarbetsområde avses ett område som består av flera kommuner.

Pressmeddelande 18.03.2009

Nya anvisningar till läkare för bedömning av alkohol- eller drogberoendet och körförmågan

Social- och hälsovårdsministeriet meddelar läkare nya anvisningar för hur alkohol- och drogberoendet ska bedömas när polisen begär utlåtande om körförmågan hos en person som misstänks vara beroende av alkohol eller droger. Läkaren ska bedöma om personen uppfyller hälsokraven för körkortstillstånd, och polisen fattar beslut om tillståndet. Det läkarutlåtande som polisen kräver utfärdas främst inom primärvården eller företagshälsovården, på en A-klinik eller på grund av ett långt vårdförhållande inom den privata hälsovården.

Hälsokraven uppfylls inte om personen i fråga har sådant alkohol- eller drogberoende som väsentligt försämrar hans eller hennes förmåga att föra fordon eller om personen på grund av fortgående missbruk av alkohol eller andra droger är farlig som förare i trafiken. Med beroende avses beroendet av alkohol eller andra droger, såsom illegal narkotika eller missbruk av läkemedelspreparat.

Läkaren ska alltid när han eller hon konstaterar att en körkortsinnehavare är alkohol- eller drogberoende föreslå behandling av missbruksproblemet. Sedan september 2004 har läkarna trots tystnadsplikten varit skyldiga att till polisen göra en anmälan om personer som mist sin körförmåga. Anmälningsskyldigheten har ökat läkarens möjligheter att ingripa i körning under inflytande av alkohol eller narkotika.

Läkaren får i regel sända utlåtandet till polisen endast med sökandens samtycke. Om läkaren dock konstaterar att sökanden inte mera uppfyller de hälsokrav som förutsätts för körkortstillstånd, ska utlåtandet sändas till polisen oberoende av personens samtycke.

Hälsovårdscentralen får inte vägra att ge utlåtande. Skyldigheten att ge utlåtande omfattas dock inte av lagstiftningen om vårdgaranti, och sålunda får läkarutlåtanden som hänför sig till körkortstillstånd inte leda till att de lagstadgade tidsfristerna för vård överskrids.

De anvisningar som nu utges ersätter SHM:s tidigare anvisningar (1998) i fråga om personer av vilka polisen kräver läkarutlåtande. Anvisningarna kan läsas på social- och hälsovårdsministeriets webbplats: www.stm.fi/ohjeitalaakareille. Anvisningarna publiceras på svenska i ett senare skede.

Pressmeddelande 19.03.2009

Största delen av kommunerna har fattat beslut om förverkligandet av KSSR-ramlagen

Största delen av kommunerna uppfyller de krav om en befolkningsbas för den grundläggande hälsovården och därtill nära hörande socialväsandets tjänster som ställs av ramlagen som styr kommun- och servicestrukturen. Ca 200 kommuner har fattat beslut om uppfyllandet kraven på en tillräcklig befolkningsbas.

Ca 90 kommuner saknar fortfarande lösningar för uppnåendet av en lagstadgad befolkningsbas på 20 000 invånare. Av dessa har 31 redan godkänt intentionsavtal som uppfyller befolkningskravet om de förverkligas. Kommun- eller samarbetsområdsspecifika förhandlingar

har, i syfte att hitta ramlagsenliga lösningar, förts med 32 av de kommuner som inte uppfyller befolkningskravet.

Antalet beslut som kommunerna fattat framgår av finansministeriets, social- och hälsovårdsministeriets samt Finlands Kommunförbunds enkät åt kommunerna. Enkäten besvarades inom angiven tid av sammanlagt 274 kommuner. Svar saknas fortfarande från 50 kommuner. Enkäten skickades till 324 kommuner som berördes av ramlagen.

Åtgärderna för de kommuners del som saknar ramlagsenliga beslut kommer att övervägas i samband med redogörelsen över kommun- och servicestrukturen. Redogörelsen överlämnas åt riksdagen hösten 2009.

Analyseringen av enkätsvaren fortsätter under våren 2009

De svar som mottagits analyseras under vårens gång i samarbete vid social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet, Finlands Kommunförbund samt Institutet för hälsa och välfärd. De uppgifter som fås från svaren kommer att utnyttjas vid beredningen av statsrådets redogörelse om reformen samt vid beredningen av social- och hälsovårdslagstiftningsreformerna.

Redogörelsen behandlar reformens framskridning och förverkligandet av ramlagen som gäller den. I den framställs även principer för fortsättandet av reformen. Resultaten från enkäten kommer att sammanfattas i en skild rapport, och de ska publiceras i sin helhet efter att redogörelsen överlämnats.

Målet med kommun- och servicestrukturen är att trygga kommunernas grundläggande service även i framtiden. Statsrådet har i sin tidigare respons åt kommunerna linjerat att man kommer att följa upp hur kommunerna går vidare med förverkligandet av ramlagens målsättningar. Kommunerna skulle fatta bindande beslut om uppfyllandet av ramlagens krav före den 15 mars 2009.

Kommunerna har ombetts att tillställa finansministeriet information om beslut som eventuellt ändrats eller som fattats efter att tidsfristen löpt ut.

Pressmeddelande 25.03.2009

Minderåriga ska skyddas från tobaksrökning

Den socialpolitiska ministerarbetsgruppen beslöt vid sitt möte onsdagen den 25 mars att föreslå ändringar i tobakslagen i enlighet med omsorgsminister Paula Risikkos förslag. Syftet med ändringarna är att skydda barn och unga från tobaksrökning och att förhindra unga från att börja röka.

Enligt minister Risikko är det viktigt att tobak inte är tillgänglig eller synlig för minderåriga och att förmedling av tobak till minderåriga förbjuds. "Syftet med förbuden är att minska tobaksrökningen bland befolkningen. Ändringarna stöder regeringsprogrammets linjedragningar om hälsofrämjande och de tobakspolitiska målen som hänför sig till dem", konstaterar Risikko.

Det skulle bli förbjudet att ha tobaksprodukter synliga i detaljhandelsställen. En två års övergångsperiod skulle införas för detta. Försäljaren skulle på begäran av kunderna kunna visa en prislista över de tobaksprodukter som finns till salu. Förbudet skulle inte gälla tobaksaffärer där produkterna inte syns på utsidan och dit tillträde är förbjudet för personer under 18 år.

Rökförbudet skulle dessutom utvidgas till att även gälla platser där barn och unga vistas. En privatperson skulle inte heller få sälja eller överlåta tobaksprodukter eller tobaksartiklar till minderåriga. Dessutom skulle import och innehav av tobaksprodukter förbjudas för personer under 18 år.

Förutom att skydda minderåriga skulle ändringarna i tobakslagen även påverka importen och försäljningen av snus. Ministerarbetsgruppen vill inte förbjuda import av snus för eget bruk

helt och hållet. I stället föreslår gruppen att man får importera högt 30 burkar snus på en och samma gång. Det skulle vara förbjudet att sälja och förmedla snus till andra personer.

Minister Risikko betonar att man bör minska de hälsorisker som tobaksrökning orsakar med hjälp av sådana metoder som man kan vara säker på att är effektfulla. "I regeringens proposition om ändringar i tobakslagen ingår inte det föreslagna förbudet mot tobaksimitationer, till exempel lakritspipor. Det blir inte heller förbjudet att visa tobaksrökning i till exempel filmer eller teaterstycken."

Reformen av tobakslagen baserar sig på arbetsgruppens förslag som har varit ute på en omfattande remissrunda. Avsikten är att regeringen ger sin proposition till riksdagen under vårsessionen.

Pressmeddelande 26.03.2009

Ny administration av anslaget för hälsofrämjande verksamhet

Regeringen föreslog torsdagen den 26 mars lagen om anslag för hälsofrämjande verksamhet för stadfastande. I lagpropositionen föreslås en samtidig upphävning av författningarna i tobakslagen respektive lagen om nykterhetsarbete om finansiering av åtgärder för inskränkande och bekämpning av tobaksrökning samt om förebyggande av olägenheter som orsakas av rusmedelsbruk. Samtidigt upphävs författningarna om finansieringen av hälsofrämjande åtgärder.

Anslaget för hälsofrämjande har ingått i statsbudgeten alltsedan tobakslagen trädde i kraft år 1977. Användningen av anslaget har gradvis utökats till att gälla alla delområden av hälsofrämjandet. Syftet med lagförslaget är att precisera lagstiftningen om anslaget och beslutsfattandet om dess användning. Ändringarna möjliggör en bättre samordning av hälsofrämjande verksamhet som finansieras genom anslaget och andra hälsofrämjande insatser.

Enligt lagförslaget flyttas beredningen och verkställigheten av dispositionsplanen för anslaget från social- och hälsovårdsministeriet till Institutet för hälsa och välfärd.

Dimensioneringen av anslaget skulle enligt förslaget basera sig på hur allmänt förekommande missbruk, tobaksrökning och relaterade skador är samt på befolkningens övriga hälsobeteende. Befolkningens hälsa påverkas i allt större utsträckning till exempel av kost och motion. Utgångspunkten för dimensioneringen är att anslagsbeloppet förblir oförändrat, dvs. sammanlagt 9,3 miljoner euro i 2009 års budget.

Enligt gällande lagstiftning är anslaget för hälsofrämjande verksamhet i alltför stor utsträckning bundet till förändringar i tobaksvanorna utan beaktande av andra förändringar i hälsobeteendet.

Statsandelar kan fortfarande beviljas ur anslaget för hälsofrämjande till organisationer, stiftelser, kommuner och andra aktörer. Avtal med statliga inrättningar kan också i fortsättningen göras om anslaget.

Den föreslagna lagen avses träda i kraft den 1 augusti 2009.

Pressmeddelande 14.04.2009

Arbetsgrupp: Alternativa vårdformer ska regleras av lagstiftning

Säkerheten inom patientvården skulle förbättras ytterligare om alternativa vårdformer reglerades av lagstiftning. Den arbetsgrupp som har utrett lagstiftningsbehovet för alternativa vårdformer överlämnade sitt förslag till omsorgsminister **Paula Risikko** tisdagen den 14 april. Arbetsgruppens

uppgift var att klarlägga patientsäkerhetsproblem som förknippas med alternativa vårdformer samt bereda lagstiftning.

Syftet med lagstiftningsarbetet är att förbättra ställningen för personer som använder sig av alternativa vårdformer och trygga en säker vård.

De allvarligaste patientsäkerhetsproblemen åtgärdas först

Som en första åtgärd föreslår arbetsgruppen begränsningsbestämmelser med vilkas hjälp man så snabbt som möjligt kunde ingripa om problem som äventyrar patientsäkerheten uppstår. En bestämmelse om att vården av särskilda patientgrupper enbart skulle få skötas av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården skulle fogas till lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Övriga än yrkesutbildade personer kunde sköta specifika allvarliga sjukdomar och patientgrupper enbart i samarbete med en läkare.

Enligt förslaget skulle enbart yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården få undersöka och vårda personer som själva inte klarar av att medvetet ge samtycke till vård. Det skulle vara förbjudet att ge alternativ vård till en minderårig som inte har vårdnadshavarens samtycke. Hypnos i syfte att forska i och vårda sjukdomar skulle också begränsas till den yrkesutbildade personalen.

I arbetsgruppens förslag ingår en samarbetsbestämmelse vars syfte är att se till att patienter med allvarliga sjukdomar har en möjlighet att få medicinsk vård. Personer som erbjuder alternativ vård skulle enbart i samarbete med en läkare få vårda personer med cancer, diabetes, epilepsi, allvarliga mentala störningar, mentalsjukdomar, demens eller övriga jämförbara allvarliga sjukdomar. Samarbetsplikten skulle också gälla vård av gravida och transplantationspatienter. De förutnämnda patienterna skulle även få använda sig av alternativa vårdformer om de så önskar.

Terapeuter som erbjuder alternativ vård kunde vårda personer med ovannämnda sjukdomar bland annat för att lindra subjektiva symptom och förnimmelser, öka välbefinnandet och förbättra kontrollen över livet.

Lagen om alternativa vårdformer förutsätter fortsatt beredning

Arbetsgruppen föreslår att man i arbetets andra fas börjar bereda en mer omfattande lagstiftning för alternativa vårdformer. Lagstiftningen skulle förutom begränsningsbestämmelserna innehålla bland annat en definition av alternativa vårdformer och allmänna skyldigheter för personer som erbjuder professionell alternativ vård. Dessutom skulle den innehålla bestämmelser om lagens tillämpningsområde, marknadsföring och tillsyn av marknadsföringen, registrering av terapeuter som erbjuder alternativ vård och tillsyn av vården.

Med hjälp av lagen förstärks föreningars roll och ansvar att trygga utbildning för personer som erbjuder alternativ vård. Registreringen av utövarna skulle också vara på föreningarnas ansvar, likaså att reda ut frågor som berör ansvar och etik.

En lag om alternativa vårdformer förutsätter att man utreder hur myndighetstillsynen och resurserna organiseras. Dessutom bör den brokiga skaran alternativa vårdformer organiseras och föreningarnas registrerings-, påverknings- och tillsynssystem utvecklas.

Kunskapsbank för forskning, ökad dialog

Dialogen mellan personer som erbjuder alternativ vård och den yrkesutbildade personalen inom hälso- och sjukvården bör ökas. På så vis uppstår ett mer positivt attitydklimat och en bättre patientsäkerhet. Arbetsgruppen föreslår dessutom att man systematiskt samlar data om riskfyllda situationer, fel och olycksfall.

Arbetsgruppen vill öka forskningen om alternativa vårdformer. Enligt gruppen kunde man grunda en kunskapsbank för forskning vid Institutet för hälsa och välfärd (THL). Med hjälp av kunskapsbanken kunde forskarna uppfölja och analysera forskningsdata.

Bakgrund

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte en arbetsgrupp för perioden 1 juni 2008 till 31 mars 2009 för att reda ut vilka regleringsbehov det finns inom den alternativa vården. Arbetsgruppens uppgift var att utreda de centrala problemen som hänför sig till patientsäkerheten, utvärdera lags- tiftningsbehovet och komma med förslag till hur den alternativa vården kan regleras av lagstiftning.

I sitt beredningsarbete tog arbetsgruppen lagstiftningen och erfarenheterna i de övriga nordiska länderna i beaktande.

Arbetsgruppens promemoria skickas nu ut på remiss och beredningsarbetet fortsätter vid ministeriet på basis av utlåtandena.

Pressmeddelande 23.04.2009

Munhygienistvård ska ersättas enligt sjukförsäkringslagen

Regeringen föreslår att sjukförsäkringslagen ändras så att munhygienistvård som har föreskrivits av en tandläkare ska ersättas enligt sjukförsäkringen. Undersökning och behandling skulle ersättas för högst 15 tillfällen om vården har getts inom två år efter att den har föreskrivits. Den försäkrade skulle betalas en ersättning i euro utan fast självrisk. Genom förordningen av statsrådet föreskrivs om grunderna och maximibeloppen för ersättningstaxor för åtgärder som utförs av en munhygienist.

Regeringen fattade beslut om innehållet i lagförslaget torsdagen den 23 april. Avsikten är att presidenten avlåter propositionen till riksdagen på fredag och propositionen skulle träda i kraft i början av år 2010.

Pressmeddelande 28.04.2009

WHO effektiverade förebyggandet av svininfluensa – anvisningar för resenärer om förhindrande av smitta

I går höjde Världshälsoorganisationen (WHO) varningsnivån för en pandemi för att styra bekämpandet av den epidemi som det nya influensaviruset orsakat. Det här var en väntad åtgärd. Genom anvisningarna för resenärer förhindrar man att smittan sprids och påskyndar identifieringen av sjuka.

Enligt WHO är det möjligt att en världsomspännande pandemi ännu kan förhindras, eftersom sjukdomen ännu är begränsad till vissa områden och endast enskilda patienter har insjuknat. Några sjukdomsfall har emellertid fastställts i nya länder, som Nya Zeeland och Israel. Sjukdomsmisstankar finns i många länder. Hittills finns det i Europa bekräftade fall i Spanien (1) och Skottland (2).

WHO:s höjning av pandemivarningsnivån innebär i praktiken att hälso- och sjukvården förbereder sig på att snabbt identifiera de sjukdomsfall som orsakas av det nya influensaviruset och att vårda patienterna på ett säkert sätt. Institutet för hälsa och välfärd ger hälso- och sjukvårdssystemet detaljerade direktiv, som kompletteras vartefter att ny information fås.

Anvisningar för dem som återvänder från en resa

Att influensan sprids kan förhindras effektivt genom att insjuknade identifieras i tid och genom att på så sätt förhindra ytterligare smittfall. Resenärer som återvänder från sjukdomsområdena i Mexiko och USA ska följa sitt hälsotillstånd. Resenären ska ringa sin läkare om han eller hon får ett eller flera av följande symtom inom sju dagar efter hemkomsten: feber (över 38°C), luftvägssymtom som hosta, snuva eller halsont. Andra typiska influensasymtom är ont i kroppen, huvudvärk, frossbrytningar och trötthet.

För att förhindra att smittan sprids, ska patienten inte åka till mottagningen innan han eller hon först har talat med sin läkare i telefon. Läkaren intervjuar patienten och utreder i detalj uppgifter om resan och symtom samt hänvisar patienten vid behov till undersökningar och vård. I början av epidemin säkerställs en influensasmitta alltid genom en laboratorieundersökning.

Personer som vet att de varit i nära kontakt med en person som insjuknat i svininfluensa, ska också följa sitt hälsotillstånd.

Anvisningar för dem som åker på en resa

Resenärer som åker till eventuella sjukdomsområden uppmanas att ta del av information som finns på THL:s webbplats om situationen i området. Information finns också på USA:s smittskyddsinstitutets (CDC) webbplats.

Resenärer uppmanas att följa de allmänna hygienanvisningarna. Närmare hygienanvisningar hittas också på webben.

Anvisningar för läkare

THL har skickat de anvisningar som finns på webbplatsen till sjukvårdsdistrikten, som delar ut dem tillsammans med regionala anvisningar till hälsovårdscentralerna. Läkarna uppmanas att förskriva Tamiflu- och Relenza-läkemedel endast vid bekräftade influensafall eller kliniskt uppenbara fall, om det fastställts att influensavirus förekommer på orten.

Anvisningar till sjukvårdsdistrikten, hälsovårdscentralerna och kommunernas socialförvaltning

Social- och hälsovårdsministeriet uppmanar sjukvårdsdistrikten, hälsovårdscentralerna och kommunernas socialförvaltning att uppdatera sin beredskapsplan med tanke på en eventuell influensaepidemi. I förberedelserna ska man beakta upprätthållandet av en tillräcklig materiell beredskap samt uppdatera kommunikationsplanen med tanke på sjukdomsfall och sjukdomsmisstankar och då beakta de behov som den regionala/lokala informeringen medför.

Pressmeddelande 29.04.2009

Mexikoresenärs luftvägsinfektion undersöks

I Päijät-Häme sjukvårdsdistrikt utreds orsaken till en luftvägsinfektion hos en resenär som återvänt från Mexiko. Helt säkra uppgifter om huruvida patienten har en infektion som orsakats av den nya typen av influensavirus fås inom cirka en vecka. Inom två till tre dagar kommer man att veta om personen överhuvudtaget har influensa. Om patienten inte har smittats av svininfluensa, kan isoleringen hävas och medicineringen avbrytas.

För närvarande finns det tio bekräftade fall av svininfluensa i Europa: fem i Storbritannien, tre i Tyskland och två i Spanien. I EU finns det sjukdomsmisstankar i över tio länder och prov av cirka 100 patienter undersöks.

Hjälp i första hand från den egna hälsovårdscentralen

Resenärer som återvänder från sjukdomsområdena i Mexiko och USA ska följa sitt hälsotillstånd. Resenären ska ringa sin hälsovårdscentral eller företagshälsovården om han eller hon får ett eller flera av följande symtom inom sju dagar efter hemkomsten: feber (över 38°C), luftvägssymtom som hosta, snuva eller halsont. Andra typiska influensasyntom är ont i kroppen, huvudvärk, frossbrytningar och trötthet.

Mer information om den så kallade svininfluensan fås från den egna hälsovårdscentralen eller på adressen www.thl.fi

Finland införskaffar specifikt vaccin

Social- och hälsovårdsministeriet införskaffar specifikt vaccin mot den så kallade svininfluensan då vaccinet är tillgängligt. Det specifika vaccinet kan tillverkas först då en pandemi har brutit ut och man känner till virusets noggranna struktur. För tillfället finns inte vaccin mot så kallad svininfluensa att tillgå. Det krävs två vaccinationsdoser för ett tillräckligt vaccinationsskydd. Social- och hälsovårdsministeriet beslöt i går att reservera den andra vaccinationsdosen.

Beredskapsförråden fylls också på, bland annat införskaffas mera virusläkemedel och skydd avsedda för vårdpersonalen. Försörjningsberedskapscentralen svarar för anskaffningarna.

Regeringen fick i dag ta emot en redogörelse om svininfluensasituationen. Regeringen har också i dag föreslagit att förordningen om smittsamma sjukdomar ändras så att influensa som orsakas av influensavirus A av subtyp H1N1 som är en ny typ av mänsklig influensa ska finnas med i förteckningen över allmänfarliga smittsamma sjukdomar.

De europeiska hälsoministrarna möts i Luxemburg i morgon

De europeiska hälsoministrarna behandlar den så kallade svininfluensasituationen vid sitt möte i morgon den 30 april i Luxemburg. Finland representeras av omsorgsminister **Paula Risikko**. Finland anser att det är viktigt att man på ett allmäneuropeiskt plan följer WHO:s anvisningar och rekommendationer. Finland betonar också vikten av koordinering på EU-nivå för att förbereda sig inför en eventuell pandemi.

Mer information om den så kallade svininfluensan finns på social- och hälsovårdsministeriets och Institutet för hälsa och välfärds webbplatser: www.stm.fi/influenssa (svenska) och www.thl.fi

Pressmeddelande 29.04.2009

Den så kallade svininfluensan till förordningen om smittsamma sjukdomar

Regeringen föreslog onsdagen den 29 april att förordningen om smittsamma sjukdomar ändras så att influensa som orsakas av influensavirus A av subtyp H1N1 (så kallad svininfluensa) som är en ny typ av mänsklig influensa ska finnas med i förteckningen över allmänfarliga smittsamma sjukdomar.

De smittsamma sjukdomarna indelas i allmänfarliga, allmänpliktiga och övriga smittsamma sjukdomar. En sjukdom kan anses som allmänfarlig smittsam sjukdom, om

- 1) smittsamheten är stor eller sjukdomen sprider sig snabbt,
- 2) sjukdomen är farlig, och
- 3) sjukdomens spridning kan hindras med hjälp av åtgärder som riktas mot den som har insjuknat eller som med fog misstänks ha insjuknat.

Man kan förordna en person i karantän, till exempel i hemmet, om personen inte behöver sjukhusvård men har utsatts för eller med fog misstänks ha utsatts för en allmänfarlig smittsam sjukdom. Man kan också förordna att personen ska utebli från sitt förvärvsarbete eller isoleras på en sjukvårdsanstalt.

Personen som har förordnats att utebli från sitt förvärvsarbete, förordnats i karantän eller isolerats har rätt till dagpenning i enlighet med sjukförsäkringslagen. Undersökningen, vård och läkemedel som hänför sig till den allmänfarliga smittsamma sjukdomen är avgiftsfria för patienten.

Avsikten är att förordningen träder i kraft den 1 maj 2009.

Pressmeddelande 06.05.2009

Ny förordning om upprättande och förvaring av journalhandlingar

Social- och hälsovårdsministeriet har gett en ny förordning om journalhandlingar. I förordningen ingår de centrala bestämmelserna om upprättande av journalhandlingar, vilka anteckningar journalhandlingarna ska innehålla och hur de ska lagras. Den förra förordningen är från år 2001.

Den största skillnaden är att den nya förordningen tar kraven för den elektroniska databehandlingen i beaktande, bland annat lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården som trädde i kraft år 2007. Förordningen är också ett led i förberedelserna för det elektroniska patientdatasystemet. För att det nya systemet ska fungera så bra som möjligt är det viktigt att journalhandlingarna upprättas enligt enhetliga principer.

Med hjälp av förordningen säkerställs också att det i journalhandlingarna ingår nödvändig, tillräcklig och felfri information om patientens vård samt att informationen behandlas enligt god informationsbehandling så att datasäkerheten beaktas. Med förordningen främjas god vård av hög kvalitet, rättsskyddet för både patienten och den yrkesutbildade personalen inom social- och hälsovården, en konfidentiell patientrelation och integritetsskydd.

Syftet med den nya reformen är dessutom att påskynda processerna som hänför sig till journalhandlingarna inom hälsovården. Detta förverkligas genom att förkorta tidsfristen inom vilken journalhandlingarna bör upprättas och sändas vidare. På det här viset förflyttas informationen snabbare med tanke på till exempel patientens eftervård.

Den nya förordningen om journalhandlingar träder i kraft gradvis så att bestämmelserna om behandlingen av elektroniska patientjournaler träder i kraft samtidigt som de nationella informationssystemtjänsterna tas i bruk den 1 april 2011. Under övergångsperioden hinner man göra de nödvändiga förändringarna i patientinformationssystemen. I övrigt träder bestämmelserna i kraft den 1 augusti 2009.

Pressmeddelande 12.05.2009

Finland köper även prepanhemiskt vaccin mot influensa A(H1N1) till hela befolkningen

Tillverkningen av prepanhemiskt vaccin mot influensa A(H1N1) inleds. Social- och hälsovårdsministeriet (SHM) och Försörjningsberedskapscentralen har förra veckan gett Institutet för hälsa och välfärd (THL) fullmakt att göra ett köpeanbud på prepanhemiskt vaccin. Tack vare anskaffningen kan personer som är permanent bosatta i Finland få en första vaccindos i ett så tidigt skede som möjligt ifall att H1N1-viruset utvecklas till en pandemi. Vaccinet är tillgängligt om ungefär 4-6 månader.

Anskaffningen av vaccinet genomförs som en del av H5N1-vaccinavtalet (fågelinfluensa) som ingicks tidigare. Helhetspriset är 5,2 miljoner euro. I och med anskaffningen har Finland prepandemiskt vaccin mot eventuella H5N1- och H1N1-pandemier i lager.

Ett prepandemiskt vaccin är ett vaccin som tillverkas före en pandemi. Det tillverkas av ett virus som man antar att antingen som sådant eller som förändrat orsakar en pandemi. Vid en pandemisation kan viruset redan ha förändrats vilket kan leda till att den skyddande effekten försvagas.

Finland har ingått ett avtal om en så kallad köplats för specifikt vaccin

Vaccinering anses vara den effektivaste metoden att förebygga dödsfall och allvarliga sjukdomar som orsakas av en influensapandemi. För att garanterat ett tillräckligt skydd behövs förutom prepandemiskt vaccin också åtminstone en dos av ett så kallat specifikt vaccin som har tillverkats av influensapandemiviruset. Social- och hälsovårdsministeriet har redan tidigare beslutat att införskaffa specifikt vaccin mot influensa A(H1N1) genast då ett sådant är tillgängligt.

Ett specifikt vaccin kan börja tillverkas först då en pandemi har brutit ut och man känner till virusets noggranna struktur. SHM har gett THL fullmakt att ingå ett avtal om en så kallad köplats för specifikt vaccin med två vaccintillverkare. Vaccinet är tillgängligt ungefär sex månader efter att en pandemi har brutit ut.

Pressmeddelande 13.05.2009

Sjukpensionärers återgång i arbete underlättas

Regeringen föreslår en ny lag som ska främja sjukpensionärers möjligheter att arbeta. De ska kunna förtjäna minst 600 euro i månaden medan de är sjukpensionerade utan att det inverkar på deras pension. Lagen förbättrar också sjukpensionärernas möjligheter att lämna sin pension vilande och att få sin pension utbetalad på nytt utan ny bedömning av arbetsförmågan, om arbetet upphör eller arbetsinkomsterna sjunker ner till lagstadgade inkomstgränser. Den nya lagen ska gälla personer som är sjukpensionerade såväl enligt arbetspensionslagarna som folkpensionslagen.

Regeringen beslöt om innehållet i propositionen onsdagen den 13 maj. Presidenten har för avsikt att överlämna propositionen till riksdagen på fredag. Propositionen hänför sig till statens budgetförslag för år 2010 och ska behandlas i samband med den. Meningen är att lagen ska träda i kraft i början av år 2010 och att den är i kraft till slutet av år 2013. Propositionen bygger på regeringsprogrammet och på SATA-kommitténs linjedragningar. Under tiden som lagen är i kraft ska man följa upp hur den främjar sjukpensionärernas återgång i arbete.

Den som får sjukpension ska kunna tjäna 600 euro i månaden

Den som får sjukpension enligt folkpensionslagen ska vid sidan av pensionen kunna tjäna upp till 600 euro i månaden utan att sjukpensionen påverkas av inkomsterna.

Den som får full invalidpension enligt arbetspensionslagarna ska vid sidan av pensionen kunna tjäna högst 40 procent av sin stabiliserade genomsnittliga inkomst för tiden innan arbetsförmågan började eller högst 600 euro i månaden, om den tidigare nämnda 40 procenten av den stabiliserade genomsnittliga inkomsten är lägre än 600 euro. Den som har delinvalidpension ska kunna tjäna högst 60 procent av sin genomsnittliga inkomst för tiden innan arbetsförmågan började eller högst 600 euro i månaden, om den tidigare avsedda 60 procenten är mindre än 600 euro i månaden.

Vilande sjukpension och återgång till utbetalning

Om personens arbetsinkomster överstiger de i lagen föreskrivna gränserna, ska utbetalningen av hans eller hennes sjukpension avbrytas och pensionen lämnas vilande i minst tre månader och högst två år. Den vilande pensionen börjar betalas ut på nytt då pensionären har meddelat pensionsanstalten att han eller hon har slutat arbeta eller att arbetsinkomsterna har sjunkit ner till inkomstgränsen. Om en sådan anmälan inte görs inom två år från det pensionen lämnades vilande, indras pensionen. Bestämmelserna om att lämna pensionen vilande ska gälla alla sjukpensioner enligt sjukpensionslagarna och folkpensionslagen.

Pressmeddelande 13.05.2009

Ny lag om anslag för hälsofrämjande

Regeringen föreslog onsdagen den 13 maj att lagen om anslag för hälsofrämjande verksamhet stadfäst. Samtidig upphävs författningarna i tobakslagen respektive lagen om nykterhetsarbete om finansiering av åtgärder för inskränkande och bekämpning av tobaksrökning samt om förebyggande av olägenheter som orsakas av rusmedelsbruk. Samtidigt upphävs författningarna om finansieringen av hälsofrämjande åtgärder.

Anslaget för hälsofrämjande har ingått i statsbudgeten alltsedan tobakslagen trädde i kraft år 1977. Användningen av anslaget har gradvis utökats till att gälla alla delområden av hälsofrämjandet. Syftet med lagen är att precisera lagstiftningen om anslaget och beslutsfattandet om dess användning. Ändringarna möjliggör en bättre samordning av hälsofrämjande verksamhet som finansieras genom anslaget och andra hälsofrämjande insatser.

Enligt lagen flyttas beredningen och verkställigheten av dispositionsplanen för anslaget från social- och hälsovårdsministeriet till Institutet för hälsa och välfärd.

Dimensioneringen av anslaget ska basera sig på hur allmänt förekommande missbruk, tobaksrökning och relaterade skador är samt på befolkningens övriga hälsobeteende. Befolkningens hälsa påverkas i allt större utsträckning till exempel av kost och motion. Utgångspunkten för dimensioneringen är att anslagsbeloppet förblir oförändrat, dvs. sammanlagt 9,3 miljoner euro i 2009 års budget.

Enligt gällande lagstiftning är anslaget för hälsofrämjande verksamhet i alltför stor utsträckning bundet till förändringar i tobaksvanorna utan beaktande av andra förändringar i hälsobeteendet.

Statsandelar kan fortfarande beviljas ur anslaget för hälsofrämjande till organisationer, stiftelser, kommuner och andra aktörer. Avtal med statliga inrättningar kan också i fortsättningen göras om anslaget.

Pressmeddelande 13.05.2009

Regeringen föreslår att Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet grundas

Regeringen föreslår att uppgifterna för Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet omfattar tillstånds- och tillsynsuppgifter och forsknings- och utvecklingsuppgifter inom läkemedelsområdet samt produktion och distribution av läkemedelsinformation för att förbättra läkemedelsförsörjningen och verkningsfullheten av läkemedelsbehandlingar.

Syftet med att läkemedelsförsörjningens uppgifter centraliseras och att centret får nya uppgifter är att förbättra befolkningens läkemedelsförsörjning samt att öka säkerheten, ändamålsenligheten och lönsamheten av läkemedelsbehandlingarna. Reformen ska bättre integrera kompetensen om läkemedel som en del av servicesystemet inom social- och hälsovården. Därtill förmedlar centret obunden läkemedelsinformation till befolkningen.

De främsta orsakerna till att en omorganisering av läkemedelsförsörjningen behövs är att läkemedelsbehandlingar utvecklas, befolkningen åldras och kostnaderna för läkemedelsbehandlingar ökar.

Regeringen fattade beslut om innehållet i propositionen onsdagen den 13 maj. Avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen på fredag. Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet skulle inleda sin verksamhet den 1 november 2009.

Det nya centret ska främja befolkningens hälsa och säkerhet genom att övervaka läkemedel och väpnader för medicinska ändamål samt genom att utveckla läkemedelsområdet. Forsknings- och utvecklingsverksamheten vid det nya centret stöder bland annat samhälleligt beslutsfattande som hänför sig till läkemedel. Centret för läkemedelsområdet ska bland andra utföra läkemedelspolitisk och läkemedelsekonomisk forskning samt skapa samarbete mellan forskning och utveckling inom läkemedelsområdet.

Det nya centret svarar även för tillsyn och utveckling av apoteksverksamheten. Syftet är att trygga tillgången till läkemedel i hela landet. Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet garanterar att i tillägg till läkemedel också väpnader för medicinska ändamål är säkra. Däremot svarar Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården för uppgifter som hänför sig till produkter och utrustning för hälso- och sjukvård.

Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet agerar i nätverk och i tätt samarbete med aktörer och intressentgrupper inom läkemedelsområdet. Centrets uppgifter organiseras så att de tjänar läkemedelsområdet och hälso- och sjukvården så effektivt och verkningsfullt som möjligt.

När man planerar verksamhetsmodellerna och organisationsstrukturen för det nya centret ska man i samband med tillstånds- och tillsynsuppgifter speciellt iakttä opartiskheten gällande tillstånds- och tillsynsuppgifterna samt självständigheten gällande den vetenskapliga forskningen, i vilket bland annat ingår skyddande av konfidentiella uppgifter som innehåller affärs- och yrkeshemligheter

Pressmeddelande 28.05.2009

Bättre och enhetligare hälsoundersökningar för barn och unga

Statsrådet gav torsdagen den 28 maj en förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga. I förordningen lagstiftas om hälsoundersökningar vid rådgivningsbyråerna och inom skol- och studerandevården. Med tillräckliga och regelbundna hälsokontroller och hälsorådgivning vill man effektivisera det tidiga stödet och förebygga utslagning.

Rådgivningsbyråerna ska i likhet med skolhälsovården ta i bruk omfattande hälsoundersökningar som hela familjen deltar i. I den omfattande hälsoundersökningen som en elev genomgår i årskurs åtta ska elevens särskilda behov i fråga om yrkesval och fortsatta studier bedömas samt behövliga stödåtgärder planeras i samarbete med bland annat elevvården.

Förordningen träder i kraft den 1 juli 2009. Kommunerna beviljas en övergångsperiod och är skyldiga att ordna återkommande hälsoundersökningar från och med den 1 januari 2011.

Enligt uppskattningar ökar kommunernas utgifter på grund av förordningen med sammanlagt 36,9 miljoner euro år 2011. Statsandelen som betalas till kommunen höjs med 18,45 miljoner

euro. Summan fördelas jämnt mellan åren 2010 och 2011. De ökade utgifterna i enskilda kommuner beror på hur mycket de nuvarande tjänsterna bör förbättras så att de motsvarar förordningen.

Hittills har rådgivningsverksamheten och skol- och studerandehälsovården styrts med nationella handböcker och rekommendationer. Rekommendationerna har följts på varierande sätt i kommunerna och tjänsterna för barn, unga och familjer har varit av olika kvalitet beroende på boningsorten. Med förordningen som träder i kraft i början av juli vill man säkerställa att tjänsterna för barn och unga är tillräckliga och enhetliga oberoende av boningsort.

Pressmeddelande 28.05.2009

Nationellt tillstånd till privata hälso- och sjukvårdsserviceproducenter

En serviceproducent som tillhandahåller privata hälso- och sjukvårdstjänster kan från och med början av september ansöka om ett nationellt tillstånd för sin verksamhet. Regeringen föreslog torsdagen den 28 maj att lagen om privat hälso- och sjukvård stadfästs. Avsikten är att republikens president stadfäster lagen på fredag.

Tillståndet beviljas av antingen länsstyrelsen eller Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira). Avsikten är att Valvira beviljar tillstånd till serviceproducenter som har verksamhet inom två eller flera län. Serviceproducenternas och myndigheternas administrativa arbete minskar i och med övergången till systemet med ett nationellt tillstånd.

Valvira och länsstyrelserna ska driva ett riksomfattande informationssystem för handläggning av tillstånds- och anmälningsärenden samt för övervakning och statistikföring.

Pressmeddelande 01.06.2009

Reglerna för utlämning av beväringars hälsouppgifter klarläggs

En ny anvisning av social- och hälsovårdsministeriet klarlägger reglerna för utlämning av information om beväringars mentala hälsa till försvarsmakten. Rätten att tillgå uppgifter om beväringars hälsotillstånd baserar sig på värnpliktslagen. Sedan början av förra året har rätten även gällt uppgifter om personens mentala hälsa. Det har ändå uppstått problem i samband med utlämningen av uppgifterna och det finns ingen heltäckande praxis för hela landet.

Syftet med att smidigare än förr utlämna uppgifter om den mentala hälsan till försvarsmakten är att förbättra säkerheten och bedömningen av tjänstedugligheten. Målet är också att minska antalet personer som avbryter sin värnplikt.

Enligt den nya anvisningen ska en läkare sammanfatta ett kort utlåtande på begäran av försvarsmakten om en hälsovårdsenhet eller läkare som har vårdat beväringen har betydelsefull information ur försvarsmaktens synpunkt. Utlåtandet ska innehålla uppgifter om beväringens hälsotillstånd, såsom konstaterad sjukdom och behövlig vård. Läkaren fastställer beväringens tjänsteduglighetsklass i utlåtandet. Patienten bör informeras om att ett utlåtande ska sammansättas och avsikten är att sammanställa det i samförstånd med patienten. Personerna som hanterar utlåtandena vid försvarsmakten har tystnadsplikt.

Den egentliga tjänsteduglighetsklassificeringen görs i samband med uppbådet eller vid kontroller som ordnas av regionkontoren. Läkaren vid uppbådet ger ett förslag till tjänsteduglighetsklass på basis av de hälsouppgifter som står till förfogande och den kontroll läkaren utför. Uppbådsnämnden fattar det slutgiltiga beslutet. Processen går till på motsvarande sätt vid kontrollerna som arrangeras vid regionkontoren.

Pressmeddelande 02.06.2009

Brister i förverkligandet av Paras-ramlagen

Det finns brister i hur målen för ramlagen som styr kommun- och servicestrukturreformen (Paras) förverkligas, enligt preliminära resultat från en enkät som social- och hälsovårdsministeriet har sammanställt. De centrala problemen gäller organiserandet av social- och hälsovårdstjänsterna inom samarbetsområdena och tillgången till likvärdiga tjänster. Inom många samarbetsområden håller socialvårdstjänsterna på att åtskiljas från hälsovårdstjänsterna. På många håll har man inte heller fastslagit ansvaret för främjande av hälsa och välfärd.

Enligt enkäten ökar kommunernas samarbete mellan socialvårdstjänsterna och hälsovårdstjänsterna inom många samarbetsområden. Likvärdigheten bland personerna som använder tjänsterna inom ett samarbetsområde verkar ändå inte förverkligas eftersom det fortfarande är enskilda, delvis ganska små kommuner som har ansvar för social- och hälsovårdstjänsterna.

De ramlagsenliga lösningarna för en enhetlig social- och hälsovård verkar inte heller förverkligas. Det är svårt att ha kontroll över socialvårdstjänsterna både ur klientens och servicesystemets synvinkel då socialvården splittras mellan samarbetsområdet och kommunerna. Dessutom blir kontakten mellan socialvårdstjänsterna och hälsovårdstjänsterna slumpmässig.

Endast sju samarbetsområden har organiserat tjänsterna på ett likvärdigt sätt

Det finns sammanlagt 65 samarbetsområden som är fastslagna eller under planering. Endast sju samarbetsområden organiserar för tillfället social- och hälsovårdstjänsterna i enlighet med ramlagen som styr kommun- och servicestrukturreformen. Inom 58 samarbetsområden finns det brister i förvaltningsmodellerna och i hur likvärdigheten mellan medborgarna förverkligas. Dessutom kan kommunerna tolka avtalen om samarbetsområdena på olika sätt.

Inom åtta samarbetsområden överförs ansvaret för alla socialvårdstjänster till samarbetsområdet. Inom 17 samarbetsområden överförs enbart enskilda socialvårdstjänster och inom tre samarbetsområden överför kommunerna inte alls ansvaret för socialvårdstjänsterna. 20 samarbetsområden låter de enskilda kommunerna ha ansvar för organiserandet av dagvården. 18 samarbetsområden har inte fattat beslut om saken.

I en tredjedel av kommunerna inom samarbetsområdena har inget organ ansvar för främjande av hälsa och välfärd. Av de övriga kommunerna har under en fjärdedel låtit bli att fastslå ansvaret. I hälften av kommunerna inom samarbetsområdena har ingen tjänsteinnehavare ansvar för främjande av hälsa och välfärd.

Allt fler kommuner är i färd med att ta i bruk beställare-producent-modellen. 121 kommuner har tagit i bruk modellen. I största delen av kommunerna är tjänsterna fortfarande organiserade enligt verksamhetsområde. Livscykelmodellen används i 48 kommuner.

Samarbetsområdena och kommunsammanslagningarna som strukturella reformer

Fram till år 2013 kommer det att bildas 65 samarbetsområden. 40 samarbetsområden har inlett sin verksamhet. Ett samarbetsområde är ett alternativ till kommunsammanslagningar för att öka befolkningsunderlaget inom primärvården och den tillhörande socialvården. Befolkningsunderlaget inom social- och hälsovården vidgas för att servicesystemet ska kunna anpassas bland annat till den åldrande befolkningen och de ökande kostnaderna inom hälsovården.

Syftet med ramlagen som styr Paras-reformen är en livskraftig, handlingskraftig och enhetlig kommunstruktur som säkerställer tillgängliga tjänster av hög kvalitet. Enligt ramlagen har ett

samarbetsområde eller en kommun vars invånarantal är ungefär 20 000 ansvar för primärvården. Förutom primärvårdstjänsterna bör kommunerna också överföra tillhörande socialvårdstjänster till samarbetsområdet.

De preliminära uppgifterna om hur samarbetsområdena har organiserat social- och hälsovårdstjänsterna framgår ur en enkät av social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet, Kommunförbundet och Institutet för hälsa och välfärd. Institutet för hälsa och välfärd publicerar en noggrannare analys av resultaten på hösten.

Pressmeddelande 04.06.2009

Ändring i förordningen om smittsamma sjukdomar

Med en ändring i förordningen om smittsamma sjukdomar avlägsnas begränsningen enligt vilken influensa A(H1N1) inte längre skulle vara en allmänfarlig smittsam sjukdom i Finland efter att Världshälsoorganisationen WHO meddelar att pandeminivån höjs till 6. Statsrådet gav torsdagen den 4 juni förordningen om ändring i förordningen om smittsamma sjukdomar.

Det är fråga om en lagteknisk förändring. Tack vare förändringen kan man i Finland vidta åtgärder för att begränsa spridningen av sjukdomen även efter att WHO eventuellt har meddelat om en global pandemi.

Enligt den nuvarande förordningen är influensavirus A av subtypen H5N1 och subtypen H1N1 som är en ny typ av mänsklig influensa allmänfarliga smittsamma sjukdomar tills WHO meddelar att en influensapandemi har brutit ut.

Det kan ändå vara flera månaders skillnad i pandemins utvecklingsfaser i olika länder och världsdelar. WHO:s klassificering ger information om helhetssituationen för den globala spridningen av epidemin. Om WHO snart skulle höja pandeminivån till 6 skulle det i Finland leda till en situation där allmänfarligheten inte längre skulle gälla även om man i Finland på ett nationellt plan kunde begränsa spridningen av sjukdomen med hjälp av åtgärder som riktas till enskilda insjuknade personer och grupper.

Förordningen träder i kraft den 5 juni 2009.

Pressmeddelande 04.06.2009

Intresset för att jobba i Kuopio ökade en aning bland personalen vid Läkemedelsverket

Personalen vid Läkemedelsverket visar ett större intresse för att jobba i Kuopio då omorganiseringen av läkemedelsförsörjningen framskrider. Det visar preliminära resultat av en förfrågning till personalen. Majoriteten av de som svarade på enkäten vill ändå fortfarande inte att arbetsplatsen flyttas till en annan ort.

Av de tillfrågade anser 34 personer vid Läkemedelsverket att en flytt till Kuopio är ett alternativ som bör tas i beaktande (23 är beredda eller möjligen beredda att flytta, 11 kunde inte ännu preciseras sin ståndpunkt). Enligt en förfrågning som gjordes i november meddelade 12 personer att de är villiga att flytta till Kuopio. I september var sju personer villiga att flytta.

Enligt de preliminära resultaten har tidpunkten för flytten av den egna arbetsplatsen stor inverkan på intresset att flytta. Övriga faktorer som inverkar är hur det ordnar sig med makans eller makens jobb, kompetensutveckling och möjligheterna till avancemang.

Personalen fick också frågan om hur möjligheten till distansarbete eller tillgången till ett arbetsutrymme i Helsingfors skulle inverka på intresset att arbeta för det nya utvecklings- och

säkerhetscentret för läkemedelsområdet. Majoriteten av dem som svarade på enkäten ansåg att dessa faktorer spelar en avgörande roll.

Som en del av grundandet av Säkerhets- och utvecklingscentralen för läkemedelsområdet frågade man personalen vid Läkemedelsverket hur villiga de är att arbeta i Kuopio. Resultaten av förfrågningsen utnyttjas då man planerar hur verksamheten vid det nya centret ska sättas i gång i Kuopio. 194 personer vid Läkemedelsverket svarade på enkäten (ungefär 95 procent av personalen).

Riksdagen behandlar som bäst lagen om grundandet av det nya centret. Det har tidigare fattats beslut om att placeringsorten är Kuopio. Verksamheten i Kuopio skulle inledas den 1 november.

Pressmeddelande 11.06.2009

Deklaration om pandemi leder inte till förändrade åtgärder i Finland

Världshälsoorganisationen WHO håller i dag klockan 19 en presskonferens där organisationen väntas deklarerar att den nya influensan A(H1N1) har utvecklats till en global pandemi och att man höjer pandeminivån till 6. I Finland vidtas inga omedelbara nya åtgärder på grund av deklARATIONEN.

Höjningen av pandeminivån beskriver inte hur allvarlig sjukdomen är utan den geografiska spridningen. A(H1N1)-smittor har bekräftats i 79 länder. WHO beskriver pandemin som måttligt allvarlig. I industriländerna är sjukdomsbilden liknande som vid säsongsinfluensa. Eftersom det är fråga om en ny virusvariant som orsakar pandemin saknar en större del av befolkningen ändå det skydd som tidigare infektioner har fört med sig.

I Finland fortsätter begränsningsåtgärderna för att förhindra en spridning av epidemin. Förberedelserna för att förminska effekterna av epidemin i vårt land fortsätter också som planerat. I Finland har man förberett sig för en pandemi i enlighet med WHO:s anvisningar. Man har till exempel gjort förberedelser för att vårda personer som insjuknar i influensa A(H1N1) och effektiverat uppföljningen av situationen.

På norra halvklotet sprider sig epidemier orsakade av luftvägsvirus, såsom influensavirus i allmänhet inte under sommarperioden och i Finland går det ytterligare att fördröja spridningen av sjukdomen. WHO har uppmanat länderna att vidta åtgärder för att motarbeta influensa A(H1N1) ur ett nationellt perspektiv.

Tillsvidare har fem fall av influensa A(H1N1) bekräftats i Finland. Fyra av de smittade personerna har återvänt från resor i Nordamerika och en från Australien.

Epidemin som orsakas av influensa A(H1N1) sprids i allt högre grad söder om ekvatorn där den sedvanliga säsongsinfluensaperioden håller på att inledas.

WHO rekommenderar inga resebegränsningar

WHO rekommenderar inga resebegränsningar men personer som är sjuka ska inte resa. I Finland uppmanas fortfarande resenärer som har åkt till Mexiko, USA, Kanada, Australien eller Chile att följa sitt hälsotillstånd under sju dygn efter att de har återvänt. Om en person som har återvänt från en resa insjuknar i feber och luftvägsinfektion bör han eller hon ta kontakt med närmaste hälsovårdscentral per telefon.

Institutet för hälsa och välfärd och social- och hälsovårdsministeriet följer fortfarande effektiverat med influensa A(H1N1)-situationen. Dessutom har man inom social- och hälsovården förberett sig för en mer omfattande spridning av viruset i Finland.

Pressmeddelande 11.06.2009

Importen av tobaksprodukter som resgods

Det kommer att införas begränsningar av den privata importen av tobaksprodukter som resgods. Resenären får importera högst 200 cigaretter, 50 cigarrer, 200 cigariller och 250 gram tobak om förpackningarna som har köpts utomlands inte är försedda med finsk- och svenskspråkiga hälsovarningar. Den som bryter mot lagen ska dömas för tobaksproduktförseelse.

Regeringen föreslog torsdagen den 11 juni att lagen ska stadfästas och avsikten är att republikens president stadfäster lagen på fredag.

Importbegränsningen på 200 cigaretter är till exempel den samma som för tillfället tillämpas på skattefri import av tobaksprodukter som resgods från Estland och Ryssland. Den skattefria importen av tobaksprodukter från Estland släpps fri senast i början av år 2010 men tack vare den lag som nu träder i kraft förblir importbegränsningen i regel oförändrad. Enligt gemenskapsrätten får man inte sälja tobaksprodukter försedda med finsk- och svenskspråkiga varningstexter annanstans än i Finland.

Andelen tobaksprodukter som förs in till Finland från andra länder är nu 18 procent och enligt uppskattningar skulle andelen stiga till 30 procent under de närmaste åren utan begränsningarna. I en motsvarande situation har man till exempel i Österrike begränsat den privata importen av tobaksprodukter från andra medlemsländer.

Lagen träder i kraft den 1 juli 2009.

Pressmeddelande 11.06.2009

Kommunerna ska höra till ett samarbetsområde för miljö- och hälsoskyddet

En kommun som inte ensam kan klara av sina uppgifter inom miljö- och hälsoskyddet ska framledes höra till ett samarbetsområde. Kommunen eller samarbetsområdet ska ha till sitt förfogande personalresurser som motsvarar minst tio årsverken för att organisera tjänsterna inom miljö- och hälsoskyddet. Med samarbetsområde avser man ett område som bildas av två eller flera kommuner. Regeringen föreslog torsdagen den 11 juni att lagen ska stadfästas. Republikens president har för avsikt att stadfästa lagen på fredagen.

Enligt lagen beslutar statsrådet, efter att ha hört kommunen, ifrågavarande länsstyrelse och samarbetsområde, att kommunen ska höra till samarbetsområdet, om beslut i kommunen inte har fattats före utgången av år 2009. Statsrådet fattar behövliga beslut om att kommunerna ska höra till samarbetsområdena senast 30.6.2011.

Statsrådet kan, förutom att kommunen ska höra till ett samarbetsområde, besluta om kostnadsfördelning, förvaltningsmodell, organiserandet av tjänster och uppgifter samt om andra nödvändiga ärenden för att organisera samarbetet, som kommunerna inte kommit överens om. Statsrådets beslut om villkoren för samarbetet är i kraft tills de berörda kommunerna kommer överens om något annat.

Samarbetsområdena för miljö- och hälsoskyddet ska inleda sin verksamhet senast 1.1.2013.

Dessutom ska inte livsmedelslagen längre innehålla bestämmelser om samarbete inom livsmedelstillsynen, utan i stället ska den nu föreslagna lagen tillämpas.

Lagarna träder i kraft 15 juni 2009.

Propositionen ska rationalisera organiserandet av tillsynen inom miljö- och hälsoskyddet. Med reformen strävar man till att tjänsteinnehavarna specialiseras och att det skapas klarhet i ledningen av tillsynen. Verkställandet av tillsynen organiseras så att man också med nuvarande

resurser inom tillsynen kan säkra ett effektivt miljö- och hälsoskydd. Med reformen kan man dämpa stegringen av kostnaderna inom tillsynen.

Kommunerna har frivilligt bildat samarbetsområden inom miljö- och hälsoskyddet och i detta nu finns 135 områden. Av dessa uppfyller omkring 30 samarbetsområden minimikravet på 10 årsverken. I och med reformen kommer man att bilda cirka 20-30 samarbetsområden, där man i omkring hälften av fallen skulle behöva beslut som fattas av statsrådet. Reformen berör omkring 200-300 kommunala tjänstemän eller arbetstagare.

Lagen hänför sig till reformen av miljö- och hälsoskyddet, med målsättningen att samla tillsynen i större regionala enheter. Större enheter möjliggör en bättre koncentration av resurserna och specialisering av tillsynspersonalen.

NÅGRA PRESSMEDDELANDEN FRÅN KTL, STAKES OCH THL

Pressmeddelanden från KTL 13.5.–31.10.2008

Pressmeddelande 13. maj 2008

Folkhälsoinstitutet har tillsatt en grupp för bekämpning av papillomvirusjukdomar

Folkhälsoinstitutet har idag tillsatt en arbetsgrupp för att kartlägga sjukdomsbördan av humant papillomvirus (HPV) i Finland. Arbetsgruppen ska ge förslag om hur man på bästa möjliga sätt kan åstadkomma en ytterligare minskning av sjukdomsbördan av livmoderhalscancer och HPV-sjukdomar.

Arbetsgruppen ska i sitt förslag särskilt ta ställning till behovet av massundersökning (screening) för livmoderhalscancer och frågan om HPV-vaccin bör införas i det nationella vaccinationsprogrammet. I arbetsgruppen ingår företrädare för expertområdena gynekologi, ungdomars sexualhälsa, primärvård, infektionssjukdomar, virologi och vacciner samt massundersökning. Arbetsgruppen ska rapportera om sitt arbete årligen och när arbetet är slutfört, dock senast den 31 augusti 2010.

Humant papillomvirus (HPV) orsakar ett brett spektrum av sjukdomar. Av de svåra sjukdomar som orsakas av HPV är livmoderhalscancer den vanligaste och uppstår inte utan föregående kronisk HPV-infektion. I Finland har vi med hjälp av det nationella screeningprogrammet fört en framgångsrik kamp mot livmoderhalscancer i över 40 års tid. Avsikten med massundersökningarna är att upptäcka förstadier till livmoderhalscancer och förhindra att de utvecklas till cancer. Sedan några år tillbaka finns det HPV-vacciner med vars hjälp en del HPV-infektioner helt kan förebyggas. Den förändrade situationen nödvändiggör en helhetsbedömning av metoderna för bekämpning av HPV-sjukdomar.

Genom att vaccinera unga flickor kan vi eventuellt förhindra insjuknande i cancer flera årtionden senare, och redan tidigare i mindre utsträckning också förebygga utvecklingen av förstadier till cancer. Å andra sidan är det bara genom att vidareutveckla screeningen som vi kan förebygga sjukligheten och dödligheten i livmodercancer bland de kvinnor som nu är i vuxen ålder. Vaccinering och screening är inte konkurrerande metoder. Bekämpningen av papillomvirusjukdomar måste betraktas som en helhet, där målet bör vara en rättvis behandling av olika åldersgrupper och en effektiv och ändamålsenlig kombination av olika metoder (screening och vaccinering) för sjukdomsbekämpning.

Pressmeddelande 27. maj 2008

Folkhälsoinstitutet och expertgrupper rekommenderar att pneumokockvaccin tas in i vaccinationsprogrammet för små barn

Folkhälsoinstitutet, arbetsgruppen för pneumokockvaccinering och Nationella vaccinationsexpertgruppen rekommenderar införande av pneumokockvaccinering i vaccinationsprogrammet för små barn. Beslut i saken fattas av social- och hälsovårdsministeriet. Vaccinering mot pneumokockinfektioner kan ingå i vaccinationsprogrammet från och med år 2010, om medel för detta inkluderas i förslaget till statsbudget.

De första pneumokockvaccinerna testades redan för ungefär 100 år sedan. Det är emellertid först under det senaste årtiondet som man med hjälp av vaccinering har lyckats förebygga svåra pneumokocksjukdomar också hos små barn. De nya konjugatvaccinerna skyddar också yngre barn. Skyddet är dessutom långvarigare än det skydd man fick genom de äldre vaccinerna. De nya vaccinerna ger också ett fungerande skydd mot att bli symtomfri svalgbarare av pneumokockbakterier. Symtomfritt svalgbararskap är vanligast bland små barn. Om barnen är vaccinerade, minskar också mängden bakterier som cirkulerar i befolkningen. I USA har man konstaterat att vaccinering av barn ger en avsevärd minskning av antalet dödsfall och svåra sjukdomsfall också bland den äldre befolkningen.

Genom att ta in pneumokockkonjugatvaccinet i det allmänna barnvaccinationsprogrammet kan man väsentligt minska behovet av sjukhusvård och annan användning av sjukvårdstjänster samt reducera arbetsfrånvaron bland småbarnsföräldrar på grund av pneumokockinfektioner. Med hjälp av ett program för pneumokockvaccinering kan man årligen förebygga uppskattningsvis 160 sjukhuskrävande infektioner och 9 000 mellanöreinflammationer samt ett dödsfall bland barn under 5 år. Minskar därtill förekomsten av svåra pneumokocksjukdomar bland barn över 5 år och vuxna - så som fallet är i USA - innebär det att man varje år kan förebygga uppskattningsvis 120 svåra sjukdomsfall, 800 lunginflammationer och 25 dödsfall bland den vuxna befolkningen.

Pneumokockvaccinets säkerhet har fastställts genom omfattande effekt- och säkerhetsstudier. Den kostnadseffektanalys som utförts av Folkhälsoinstitutet visar att de kostnader som pneumokockvaccineringen medför för hälso- och sjukvården är skäliga i relation till den nytta som kan uppnås, då man beaktar den minskade sjukligheten bland den vuxna befolkningen. Pneumokockvaccinet skulle öka de årliga kostnaderna för vaccinationsprogrammet med cirka 9 miljoner euro. Ur besparings- och samhällssynpunkt kan vaccinet emellertid betraktas som en investering som betalar igen sig nästan helt och hållet. Baserat på dagens kunskap är det ändamålsenligt att införa vaccinering av barn med det nya pneumokockvaccinet, både ur barnens och den övriga befolkningens synpunkt.

Pressmeddelande 25. juni 2008

Statens näringsdelegation har godkänt rekommendationerna för drycker:

Vatten är den bästa törstsläckaren, kalorier i vätskeform utgör en risk för övervikt

En lämplig vätskemängd att dricka per dag är för de flesta cirka 1–1,5 liter. Vattenledningsvatten är den bästa törstsläckaren. Som matdryck rekommenderas jämsides med vatten också mjölk och surmjölk, fettfri eller med låg fetthalt. Juice kan man dagligen dricka ca 1–2 dl tillsammans med en måltid, men juice ska inte ersätta frukt. Te och brygg-/snabbkaffe, helst utan socker och grädde, passar som daglig dryck. Andra drycker är det skäl att avnjuta mera sällan än dagligen. Detta har statens näringsdelegations arbetsgrupp kommit fram till i sina nya rekommendationer om dryckernas betydelse för vår näring.

”Utbudet av drycker har blivit otroligt mångsidigt och användningen av olika drycker har ökat, speciellt bland barn och ungdomar. Detta har lett till okunskap om olika dryckers inverkan på hälsan. I djungeln av olika drycker behöver både föräldrar och andra fostrare expertanvisningar om olika dryckers lämplighet för barn och unga. Riklig användning av energihaltiga drycker ökar risken för övervikt bland barn och ungdomar. Om barn dricker sådana alltför ofta kan tänderna ta skada”, konstaterar ordföranden för statens näringsdelegation professor Pekka Puska.

Enligt arbetsgruppens ordförande, Folkhälsoinstitutets specialforskare Liisa Valsta är finländarnas dryckesvanor tills vidare förnuftiga, med undantag av alkoholanvändningen. Näringen och hälsan påverkas framför allt av dryckernas energiinnehåll, socker, fett, surhet (pH, vissa

syror), alkohol och koffein. För tandhälsan är det viktigt att drycker som innehåller socker och vissa syror inte dricks för ofta.

Utbudet av olika drycker har ökat snabbt under de senaste åren och det har kommit produkter av helt ny typ, till exempel sport-, energi- och hälsodrycker samt olika smaksatta vattenprodukter. Det stora sortimentet av drycker har ökat trycket på konsumenterna att de borde känna till de nya dryckerna och hur man ska använda dem på ett ändamålsenligt sätt. Dryckerna har blivit en allt viktigare energikälla, men de har däremot inte minskat annat ätande eller den energimängd som fås från annan näring. Drycker, med undantag av mjölk, ger ytterst små mängder av nödvändiga näringsämnen. Att ofta dricka sockerhaltiga och/eller sura drycker är mycket skadligt för tänderna. Kolsyra i drycker är inte skadlig, vilket däremot de flesta andra syror är, i synnerhet citronsyra (E330).

Pressmeddelande 26. juni 2008

De prepandemiska influensavaccinet anländer till Finland

Hälften av de prepandemiska influensavaccindoserna som är avsedda för hela befolkningen har anlant till vårt land. De resterande doserna av det total antalet på ca. 5,3 miljoner anländer inom de närmaste veckorna.

Det prepandemiska influensavaccinet är framställt av H5N1-fågelinfluensavirus. Vaccinet uppskattas ge ett visst skydd om det H5N1-fågelinfluensaviruset som nu sprids bland fåglarna förändras så att det lätt sprids från människa till människa och förorsakar en global influensapandemi, med andra ord en pandemi.

Vaccinering anses vara det bästa sättet att förebygga dödsfall och svåra sjukdomsfall förorsakade av influensapandemin. För att få ett tillräckligt skydd behövs ytterligare en dos av det specifika pandemivaccinet som är framställt av det egentliga pandemiviruset. Folkhälsoinstitutet har redan tidigare gjort en förhandsreservation med den holländska vaccinproducenten Solvay Pharmaceuticals om införskaffande av detta vaccin.

Vaccinen uppbevåras i kylskåp hos ett flertal läkemedelspartihandlare så att distributionen sker säkert och snabbt genast då pandemin bryter ut. Anskaffandet av vaccinet är en del av Finlands nationella influensapandemiberedskap. Vaccinet har producerats av det internationella läkemedelsföretaget GlaxoSmithKline Oy (GSK).

Pressmeddelande 09. september 2008

Folkhälsoinstitutet planerar en omfattande undersökning om vaccinering av barn mot pneumokocker

Folkhälsoinstitutets vaccinavdelning planerar en omfattande forskningsstudie om pneumokockvaccinering av barn. Studien inleds i början av år 2009 och omfattar barn i åldern 2-18 månader från så gott som hela Finland. Ett föravtal om studien har ingåtts mellan Folkhälsoinstitutet och vaccintillverkaren GlaxoSmithKline.

Pneumokockbakterien, *Streptococcus pneumoniae*, är den bakterie som globalt sett orsakar den största barnadödligheten. Också i Finland orsakar pneumokocker årligen uppskattningsvis 50 fall av hjärnhinneinflammation, 600 fall av blodförgiftning och över 10 000 fall av lunginflammation. Pneumokocker orsakar dessutom cirka 30 000 fall av mellanöroninflammation hos små barn. Hela 70 % av alla barn drabbas av minst en mellanöroninflammation under sina två

första levnadsår. Insättning av rör i trumhinnan för att förebygga återkommande inflammationer i mellanörat är den vanligaste barnkirurgiska åtgärden.

Folkhälsoinstitutets pneumokockvaccinationsarbetsgrupp och nationella vaccinationsexpertgruppen har förordat införande av pneumokockvaccin i det nationella vaccinationsprogrammet.

Mångsidig bedömning av vaccinationsprogrammets fördelar

Syftet med denna studie är att utreda vilken nytta ett omfattande pneumokockvaccinationsprogram innebär för de barn som vaccineras. Dessutom utreder man om vaccinering av små barn leder till minskad förekomst av pneumokocksjukdomar även i den ovaccinerade befolkningen. Avsikten är också att utvärdera hur många vaccindoser vaccinationsprogrammet bör omfatta för att förebygga pneumokocksjukdomar. Pneumokockvaccinet antas minska förekomsten av pneumokockorsakade meningiter och blodförgiftningar med cirka 90 %, förekomsten av svåra lunginflammationer med 20–30 % och förekomsten av alla typer av mellanöroninflammation med 10–30 %. Dessutom antas vaccinet minska antalet insättningar av rör i trumhinnan. Uppföljningsdata om vaccinationseffekterna hämtas ur riksomfattande hälsoregister.

Som undersökningsvaccin används ett nytt pneumokockkonjugatvaccin som för närvarande genomgår Europeiska läkemedelsmyndighetens (EMEAs) förfarande för beviljande av försäljningsgodkännande. Vaccinet är uppbyggt så att det skyddar mot sjukdomar orsakade av de tio vanligaste undertyperna av pneumokockbakterien samt mot bakterien *Haemophilus influenzae*. Som jämförelsevacciner används Hepatit A- och Hepatit B-vacciner, som skyddar mot smittsamma leverinflammationer.

Enligt planen ska undersökningen genomföras under åren 2009–2011 i samarbete med hälsovårdscentralernas barnrådgivningar. Vilket vaccin som används bestäms på geografiska grunder, så att alla barn som deltar i undersökningen och som bor inom samma rådgivningsbyrås eller kommuns verksamhetsområde får antingen pneumokockvaccinet eller ett jämförelsevaccin. Antalet doser är 2–4, beroende på barnets ålder. Målet är att till denna studie rekrytera cirka 100 000 barn, av vilka 2/3 får det nya pneumokockvaccinet och 1/3 får ett jämförelsevaccin.

Folkhälsoinstitutet anser det viktigt att nya vacciner som godkänts av läkemedelsmyndigheten utvärderas så mångsidigt som möjligt, på liknande sätt som i denna studie, innan de tas in i det nationella vaccinationsprogrammet.

Pressmeddelande 06. oktober 2008

Folkhälsoinstitutet har utarbetat olycksöversikter för Finlands 22 räddningsområden

Via olycksöversikterna får räddningsområdena uppgifter om olyckssituationen på det egna området och som referensmaterial dessutom uppgifter om läget i hela landet.

Indelningen i räddningsområden följer i stort sett landskapsgränserna. Olycksöversikterna innehåller uppgifter om vilka allvarliga olyckor räddningsområdets invånare råkat ut för. Uppgifterna bygger på Folkhälsoinstitutets olycksdatabas som innehåller information från Statistikcentralens dödsorsaksstatistik och Stakes vårdanmälningsdatabas. Dessutom innehåller olycksöversikterna komprimerade beskrivningar och förslag till hur man kunde förebygga några av de olyckskategorier som i de nationella programmen betraktats som viktiga. Den information översikterna innehåller gör det lättare att ge det lokala säkerhetsarbetet rätt inriktning.

Olyckorna orsakar mänskligt lidande och innebär dessutom en betydande ekonomisk belastning för kommunerna. Den första översikten som färdigställdes gällde Kymmenedalens räddningsområde. Av den översikten framgår att det under det senaste decenniet inträffade 1 500

dödsolyckor i Kymmenedalen. På årsbasis krävde olyckorna på området mer än 50 000 vårddygn på sjukhus och bäddavdelning. På området bor ca 200 000 personer.

Enligt programmet för den interna säkerheten som statsrådet godkänt ska säkerhetsplaner som kan fungera som redskap för det lokala säkerhetsarbetet göras upp. I dessa planer ska myndigheterna och organisationerna komma överens om gemensamma åtgärder för att förhindra brott, störningar och olyckor. Planen görs upp på basis av en bedömning av det lokala säkerhetsläget. I programmet för intern säkerhet som godkändes i maj 2008 konstateras att man under programperioden kommer att satsa särskilt på att förebygga olyckor och våld.

Pressmeddelande 17. oktober 2008

Stora skillnader i finländarnas näringsintag – individuella kostval har avgörande betydelse för hälsan

Kostvanorna bland vuxna finländare har huvudsakligen utvecklats i rätt riktning. Enligt Findiet 2007-studien fortsätter den positiva utvecklingen när det gäller minskningen av saltintaget och förbättringen av kostens fettkvalitet.

Men ännu finns det plats för förbättringar. Intaget av goda fettsyror från mjuka fetter är fortfarande alltför litet, eftersom många undviker alla slags fetter. Också intaget av folater och D-vitamin är för litet. Intaget av fibrer skulle gärna få vara större, medan sackarosintaget borde minskas. Det bästa sättet att åstadkomma detta är att öka konsumtionen av fullkornsspannmål, fisk, mjuka fetter, grönsaker, frukt och bär, och genom att välja livsmedel med mindre salt och mindre mängd mättat fett.

Fettkvaliteten har förbättrats, men mjuka fetter undviks i onödan

Både männens och kvinnornas fettintag motsvarade rekommendationerna vad gäller fettets andel av det totala energiintaget. Andelen mättade fettsyror var emellertid något för stor. Merparten av det mättade fettets kommer från s.k. dolt fett. Både det totala fettintaget och intaget av mättade fetter har minskat sedan 2002, medan intaget av fleromättade fettsyror nätt och jämnt överskrider den rekommenderade miniminivån och gärna kunde vara högre. Fleromättade fettsyror får man framför allt från matolja, bredbara fetter och fisk. Konsumtionen av hälsofarliga transfettsyror utgör inget större problem, eftersom intaget understiger hälften av den rekommenderade maximimängden.

Användningen av salt har fortsatt att minska, men intaget av D-vitamin och folater är alltför litet

Saltintaget hos både män och kvinnor översteg fortfarande den rekommenderade nivån, även om en viss fortsatt nedgång kan ses. Intaget av D-vitamin låg fortfarande under rekommenderad nivå, trots utökad D-vitaminisering av mjölkprodukter och matfetter. Till de bästa D-vitaminkällorna hör fisk, matfetter och mjölkprodukter. Folatintaget är fortfarande alltför litet. Till de viktiga folatkällorna hör rågbröd, grönsaker, frukt och bär samt mjölkprodukter.

Kvinnor äter hälsosammare än män

Kvinnors kost innehöll större andelar proteiner, fibrer och socker än mäns kost. Kvinnor konsumerade också mer grönsaker och frukt än män. Mellan personer i arbetsaktiv ålder (25–64-åringar) och äldre personer (64–75-åringar) noterades inga större skillnader i fråga om näringsinnehållet

i kosten. De som hade de ohälsosammaste matvanorna var män i den lägsta utbildningsgruppen. Bland kvinnorna var skillnaderna i kostvanor mellan olika utbildningsgrupper inte lika stor som bland männen.

Kosttillskott används inte av dem som mest behöver det

En tredjedel av männen och hälften av kvinnorna hade använt kosttillskott (näringssämnespreparat). Användningen av kosttillskott korrelerade med undersökningspersonernas utbildnings- och urbaniseringsnivå och utgjorde ofta en viktigare näringssämneskälla än själva kosten. Användningen av kosttillskott var emellertid fel fördelad, eftersom de användes av dem som fick tillräckligt med mineralämnen och vitaminer (med undantag för folat och D-vitamin) ur sin kost.

Uppgifterna baserar sig på Findiet 2007 -studien som genomförts av Folkhälsoinstitutet. Findiet-studierna genomförs vart femte år som ett led i den nationella FINRISKI-undersökningen. De utgör det viktigaste redskapet för uppföljning av den arbetsaktiva befolkningens kostvanor och näringsintag. Över 2000 vuxna finländares kostvanor undersöktes med hjälp av bl.a. kostintervjuer och matdagböcker.

Rapporten riktar sig framför allt till yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och nutritionsområdet.

Välj klokt:

- Ät varje dag rikligt med grönsaker och rotfrukter samt frukt och/eller bär
- Använd oljebaserade salladssåser till salladen
- Ät varje dag fullkornsprodukter – särskilt rågbröd
- Använd mjukt, vegetabiliskt smörgåsfett
- Använd olja eller flytande margarin vid matlagningen
- Drink fettfri mjölk eller surmjölk till maten
- Ät fisk två till tre gånger i veckan
- Välj magert kött och fettsnåla köttprodukter
- Välj magra ostsorter för vardagsbruk
- Använd sparsamt med socker och sockerhaltiga livsmedel
- Var försiktig med saltet: välj produkter med minskad tillsats av salt
- Tänk dig noga för innan du börjar använda kosttillskott. Om du bedömer att kosttillskott är nödvändigt, bör du välja preparat med låga halter.

Pressmeddelande 31. oktober 2008

Höstens avgiftsfria influensavaccinationer inleds

De avgiftsfria influensavaccinationerna kommer i gång på allvar i november. Hälsocentralerna informerar om tid och plats för vaccinering inom sitt område.

Influensan drabbar varje år 43 000–130 000 personer över 65 år och nästan en femtedel av alla barn under 3 år. Influensa är inte detsamma som förkylning ("flunsa"). Influensan slår till utan förvarning och symtomen är mycket svårare än vid en förkylning. Influensan kan leda till kraftigt nedsatt allmänskondition och förvärra en eventuell grundsjukdom. Den kan också ge upphov till svåra följsjukdomar, t.ex. lunginflammation. För äldre människor kan influensan få ödesdigra konsekvenser.

"Äldre personer har sämre motståndskraft än yngre - därför är också risken att insjukna större. Också konsekvenserna av en influensa är värre för dem som är äldre. Alla som fyllt 65 har

nytta av att vaccinera sig mot influensa. Det gäller också dem som är friska och i god kondition. Vaccinet hjälper en att hålla sig frisk”, säger Folkhälsoinstitutets specialforskare Tuija Leino.

Folkhälsoinstitutets experter rekommenderar influensavaccinering för alla som fyllt 65 år samt alla barn i åldern 6–35 månader. Vaccinering rekommenderas också för alla personer mellan 3 och 64 år som tillhör en medicinsk riskgrupp. Till de medicinska riskgrupperna hör personer med kronisk hjärt- eller lungsjukdom eller diabetes samt andra personer för vilka influensan innebär ett väsentligt hot för hälsan.

Influensavaccin har stor betydelse för äldre människors hälsa

I åldersgruppen över 65 år kan influensavaccinering förebygga vartannat fall av influensa, och samtidigt också dess följsjukdomar. Vaccineringen minskar behovet av sjukhus- och institutionsvård med 40-70 %. De som insjuknar trots att de har vaccinerat sig får vanligen lindrigare symtom och återhämtar sig snabbare.

Vaccinet skyddar mot influensa, som är en svår sjukdom. Det skyddar inte mot förkylningar (“flunsor”) eller andra luftvägsinfektioner.

Vaccinet är viktigt också för små barn

Årligen insjuknar en femtedel av alla barn under 3 år i influensa, och av dessa drabbas många också av följsjukdomar, vanligen öroninflammation eller lunginflammation. Vaccinet förebygger influensasmitta i 6-9 fall av 10. Dessutom ger det ett bättre skydd mot öroninflammation än något annat vaccin som finns att tillgå. Barn som undgår influensan och dess följsjukdomar slipper också de läkarbesök, antibiotikakurer och sjukhusinläggningar som sjukdomsbehandlingen kräver.

Små barn är effektiva smittspridare, eftersom de kan sprida influensasmitta ännu två veckor efter det att symtomen har börjat. Genom att vaccinera barnen kan man bidra till att förebygga influensa också bland övriga familjemedlemmar och andra närstående.

Pressmeddelanden från Stakes 30.5.–12.12.2008

Pressmeddelande 30.5.2008

Fortfarande vårdgarantiproblem vid hälsovårdscentralerna

Över en tredjedel av befolkningen är bosatt i hälsocentralområden där det tidvis är svårt att få omedelbar kontakt med hälsovårdscentralen. Trots det sker bedömningen av vårdbehovet i regel inom tre vardagar i hela landet. I fråga om icke-akut läkarvård måste man vanligen vänta över två veckor.

Vid en del hälsovårdscentraler händer det dagligen att det inte finns läkartider, trots att vårdbehovet fastställts. Totalt 12 procent av befolkningen är bosatt inom sådana hälsocentralområden. Situationen har emellertid förbättrats sedan mars 2007, när motsvarande befolkningsandel var 26 procent.

Enligt folkhälsolagen ska en patient kunna få kontakt med hälsovårdscentralen omedelbart, men det fungerar bristfälligt. Över en tredjedel av befolkningen är bosatt i områden där det tidvis är svårt att få omedelbar kontakt t.ex. per telefon.

Att bedöma vårdbehovet inom tre vardagar genomfördes i samma utsträckning (95 procent) som vid tidigare uppföljningar. Elva hälsovårdscentraler hade tidvis problem med att bedöma vårdbehovet inom lagstadgad tid.

Över en tredjedel (37 procent) av befolkningen var bosatt i ett område där man måste vänta över 14 dagar för att få träffa en läkare, utom om behovet är akut. På två år hade situationen försämrats, eftersom motsvarande tal var 19 procent i februari 2006.

Sämst var situationen i Södra och Östra Savolax, Mellersta och Norra Österbotten, Kajana-land samt Länsi-Pohja där 70 procent av befolkningen måste vänta i över två veckor på icke-akut läkarvård. I dessa områden var bristen på hälsocentralläkare stor. Bäst var situationen i Norra Savolax och Lapplands sjukvårdsdistrikt där cirka 60 procent av befolkningen fick en icke-akut läkartid inom en vecka.

Det var i alla fall mer sällsynt än tidigare att inga läkartider fanns att ge. I april 2008 var cirka en fjärdedel (27 procent) av befolkningen bosatt i ett område där patienten alltid fick en läkartid när ett vårdbehov konstaterats. Ett år tidigare var motsvarande andel 16 procent. Fortfarande var 12 procent av befolkningen bosatt i områden där det dagligen händer att det inte finns någon mottagningstid att få. I förhållande till befolkningen var situationen sämst i Östra Savolax och bäst i Birkaland.

Hälsovårdscentraler med brist på läkartider hade vidtagit olika åtgärder för att säkerställa tillgången på mottagningstider: 43 procent uppgav att de har hyrd personal och 36 procent att de köper tjänster. Andra åtgärder var bland annat att styra patienterna till jouren och att förlänga arbetstiden.

Uppgifterna bygger på en enkät som Stakes skickade till hälsovårdscentralerna i april 2008 och som besvarades av 192 hälsovårdscentraler (83 procent). Uppgifterna täcker 95 procent av befolkningen. Vårdgarantin har varit i kraft sedan mars 2005. Dess genomförande följs var sjätte månad.

Pressmeddelande 18.6.2008

Tillgången till specialiserad vård har avsevärt förbättrats

Kösituationen inom specialiserad sjukvård förbättrades avsevärt i början av året. I slutet av april fanns det 4 563 patienter som väntat på vård i över ett halvår i sjukvårdsdistrikten. Antalet var nästan sju procent av alla patienter som väntade på vård. På fyra månader hade antalet som väntat i över ett halvår halverats.

Särskilt i Birkalands, Centrala Tavastlands, Helsingfors och Nylands, Egentliga Finlands, Norra Österbottens och i Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt hade tillgången till vård förbättrats. Också i andra sjukvårdsdistrikt hade kösituationen antingen förbättrats eller förblivit nästan oförändrad. De här uppgifterna är tagna ur Stakes utredning om sjukvårdsdistriktens kösituation inom den specialiserade sjukvården den 30 april 2008. Den föregående uppföljningen gjordes den 31 december 2007.

Av dem som väntat på vård i över ett halvår, köade nästan 60 procent till kirurgisk vård, 13 procent till behandling av ögonsjukdomar och 8 procent till behandling av öron-, näs- och halssjukdomar. Trots att vårdköerna inom specialiteten kirurgi fortfarande är de längsta, hade även de halverats vid årsskiftet. Operationsköerna till ortopedi och plastikkirurgi var de längsta.

Inom specialiteten ögonsjukdomar hade tillgången till vård förbättrats avsevärt. Antalet personer som väntat över ett halvår hade minskat med 71 procent till drygt 600 personer. Man kom till exempel snabbare till starroperation än tidigare.

Antalet personer som väntat i över ett halvår på behandling av öron-, näs- och halssjukdomar hade minskat med 62 procent till 375 patienter. Det här betyder bland annat att äldre personer får hörapparater snabbare än tidigare.

I förhållande till folkmängden var antalet personer som köat till vård i över ett halvår störst i Östra Savolax, Länsi-Pohja och Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt.

Tre procent av de remisser som anlände till sjukvårdsdistrikten under perioden 12.1–30.4.2008 behandlades först över tre veckor efter mottagandet.

Stakes samlar också in uppgifter om hur länge man måste vänta på att få göra det första besöket. För 76 procent av patienterna var det första besöket inom tre månader, medan 8 procent måste vänta över ett halvår. Skillnaderna mellan sjukvårdsdistrikten var avsevärda. Motsvarande uppgifter har också samlats in om väntetiderna vid första besök som redan gjorts.

Pressmeddelande 3.9.2008

Rådgivningsbyråverksamheten utvecklats positivt vid en del hälsovårdscentraler

Särskilt i Södra Finlands och Västra Finlands län samt vid hälsovårdscentraler med ett befolkningsunderlag på över 50000 invånare har rådgivningsbyråverksamheten utvecklats positivt. Även vid några andra hälsovårdscentraler har den förbättrats. Hälsovårdscentralerna har haft hjälp av de nationella anvisningar inklusive rekommendationer för rådgivningsbyråverksamheten och för hälsofrämjandet som utkommit under det nya årtusendet. Även det nationella rådgivningsbyråevenemanget och uppföljningsdatan om servicesystemet har förenhetligat verksamheten. Detta framgår av den nationella utredningen om rådgivningsbyråverksamheten inom mödra- och barnavård.

Enligt en ny utredning hade tidigare indragna vårdchefstjänster återinrättats. På så sätt hade den sakkunniga ledningen inom verksamhetsutvecklingen utökats. Även antalet hälsovårdare och läkare vid rådgivningsbyråerna i förhållande till antalet klienter hade ökat och närmat sig den nationella rekommendationen jämfört med 2004. I allt fler kommuner hade hälsovårdaren fått stöd av familjearbetare i sitt arbete. Det skulle emellertid behövas fler av dem. Utmaningen är att utveckla rådgivningsbyråverksamheten till en del av det multiprofessionella arbetet vid familjeservicecentraler.

Antalet periodiska hälsoundersökningar vid rådgivningsbyråerna hade ökat lite, undantaget hälsoundersökningar av spädbarn. Endast var tredje hälsovårdscentral hade det rekommenderade antalet hälsovårdarundersökningar för under ettåringar; hälften hade det för läkarundersökningarnas del. Tidig identifikation av och stöd vid problem förutsätter regelbundna möten.

Hälsovårdscentralerna hade utökat antalet hembesök till att motsvara rekommendationerna, särskilt under graviditeten. Hembesök bidrar till att identifiera problem tidigt, lösa dem samt möta hela familjen. Antalet familjeförberedelsegrupper hade däremot minskats och andra föräldragrupper hade det inte just funnits. Ändå skulle det behövas mer verksamhet av denna typ, eftersom familjeförberedelsen vanligen når båda föräldrarna, förbereder dem på förlossningen och är ett stöd när man växer in i föräldraskapet. Föräldragrupperna förmedlar stöd av personer i samma livssituation. Enligt rekommendationerna ska rådgivningsbyrån kunna identifiera tidigt de barn och familjer som behöver tidigt stöd samt se till att de får stöd. Hälsovårdscentralerna följer ännu mycket litet upp dem som behöver särskilt stöd. Att stödja dem försvåras av att man inte i tillräcklig utsträckning enats om gemensam verksamhetspraxis.

I utredningen deltog 187 hälsovårdscentraler och svarsprocenten var 81 procent. Utredningen ingår i utvecklingen av ett nationellt system för benchmarkingdata om hälsofrämjande arbete.

Jämförelsebara data om förebyggande hälsovårdstjänster för barn hjälper kommunerna att följa sin egen verksamhet och ger möjlighet till nationell uppföljning.

Pressmeddelande 25.9.2008

Norden har hjälpmedel för personer med demens, men information saknas

I projektet framgick det att det finns lite information för personer med demens om hjälpmedel som stödjer informationsbehandling, tänkande, minne och lärande eller gestaltning, och om nyttan av dem. Många av de intervjuade anhöriga berättade att de gärna hade börjat använda hjälpmedlen tidigare, om det funnits information om möjligheterna att stödja sin dementa anhörigas kognitiva funktioner. En bok som Stakes och Nordiska utvecklingscentret för handikapphjälpmedel gett ut innehåller 29 beskrivningar av dementa personers liv och deras hjälpmedel.

Boken om teknik och demens i Norden berättar om dementa personers och deras anhörigas erfarenheter av hjälpmedel som stödjer kognitiva funktioner, samt erfarenheterna vid ett gruppboende för personer med demens. Det insamlade materialet analyserades och analysresultaten ligger till grund för bokkapitlet som handleder i anskaffningsprocessen för hjälpmedel.

Analysen av intervjumaterialet gav bland annat följande resultat:

- Att hjälpmedel stöder aktivitet och oberoende genom att skapa trygghet och säkerhet i vardagsbestyren, och att de oftast användes flera gånger per dag. Att det mest vanliga och kända hjälpmedlet var en elektronisk kalender, som används i hela Norden. Nyttiga hjälpmedel var också en förenklad telefon, en medicinpåminnare och sökning med GPS samt en toaletsits med kontrasterande röd färg. Att många hade köpt sina hjälpmedel själva.
- Att det fanns ett tydligt behov av hjälpmedel som stödjer kognitiva funktioner och att det ändrades när sjukdomen framskred. Att det behövs mer utvärderingsverktyg samt mer kunskap om metoder för hur hjälpmedel som stödjer kognitiva funktioner väljs och ställs till förfogande för personer med demens och minnessymtom. Att välja hjälpmedlen omsorgsfullt och följa upp förskrivningen var avgörande för nyttan.
- Att det framkom innovativa lösningar: en familj hade t.ex. gjort blogg på Internet för att få ordning på tider och besök hos personen med demens.

De flesta av de intervjuade personerna med demens var ensamstående kvinnor. I projektet utbytte Finland, Island, Norge, Sverige och Danmark för första gången information och erfarenheter om hjälpmedel som stödjer minnet och andra kognitiva funktioner och om deras bruk. Resultaten har publicerats på alla nordiska språk.

Pressmeddelande 1.10.2008

Diskutera skolskjutningen – information för anställda och föräldrar

Ett material om hur en skolskjutning kan behandlas i hemmen, inom småbarnsfostran samt i skolor och läroanstalter har utarbetats med hjälp av Stakes experter. Det innehåller principer för och råd om hur händelsen kan tas upp med barn, ungdomar och unga vuxna. Dessutom redogörs för reaktioner och symtom. Informationen finns på Stakes och Utbildningsstyrelsens webbsidor.

De grundläggande principerna för en diskussion om krisen har lagts fram av några experter på området: barnpsykiater och forskningsprofessor Tytti Solantaus, barnpsykiater och utvecklingschef Jukka Mäkelä, båda från Stakes, och bland annat Mauri Marttunen, som är professor i

ungdomspsykiatri vid Folkhälsoinstitutet och Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. Enligt anvisningarna är det i början viktigt att dela sina upplevelser med någon, att få stöd av personer i samma situation och att hålla fast vid sin vardag. Först i ett senare skede är det aktuellt att fundera på framtiden.

Barn och ungdomar behöver sina närståendes och vänners närhet och stöd liksom gemensamma diskussioner om tankar som tynger dem. I anvisningarna till anställda och föräldrar understryks det att det inte finns några mekaniska regler för hur samtalen ska föras – anvisningarna är därför allmänna. Varje situation är unik och den berörda vuxna vet själv bäst hur det lönar sig att göra med de egna barnen eller den egna gruppen. Traumatiska upplevelser går att övervinna.

Pressmeddelande 10.10.2008

Regionala förändringar i tillgången till specialiserad sjukvård

Köerna till icke brådskande vård inom specialiserad sjukvård var nästan oförändrade i hela landet, men regionalt hade det skett ändringar under sommaren. Köerna växte mest i förhållande till befolkningen och antalsmässigt i Södra Karelen, Helsingfors och Nylands, Vasa samt Päijät-Häme sjukvårdsdistrikt. Mest förbättrades tillgången till vård i Egentliga Finlands och Centrala Tavastlands sjukvårdsdistrikt. I övriga Finland var situationen nästan oförändrad.

I slutet av augusti fanns det i sjukvårdsdistrikten 4658 patienter som väntat på att få vård i över ett halvår. Liksom i slutet av april var antalet patienter som köat i över ett halvår under sju procent av alla patienter som väntade på vård.

I Södra Karelen var orsaken till att vårdköerna vuxit nästan uteslutande att antalet patienter som köade till behandling av ögonsjukdomar ökat. I Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt berodde ökningen i huvudsak på att köerna till ögonsjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar samt kirurgi vuxit. I Vasa sjukvårdsdistrikt hade ortopedi den längsta vårdkön och i Päijät-Häme sjukvårdsdistrikt hade ögonsjukdomar, handkirurgi och ortopedi de längsta köerna.

Cirka fyra procent av de remisser som sjukvårdsdistrikten fick under perioden 1.1–31.8.2008 behandlades först tre veckor efter deras ankomst. Hur snabbt remisserna behandlades varierade avsevärt beroende på specialitet och sjukhus. Enligt lagstiftningen ska de behandlas inom tre veckor.

Stakes samlar också in uppgifter om hur länge man måste vänta på det första besöket. Totalt 69 procent av patienterna gjorde sitt första besök inom tre månader och sju procent måste vänta i över ett halvår. Kymmenedalens, Norra Österbottens, Päijät-Häme och Centrala Tavastlands sjukvårdsdistrikt hade relativt sett det största antalet patienter som väntat över ett halvår på det första besöket. I Kymmenedalen, Norra Österbotten och Centrala Tavastland köade man mest till specialiteten kirurgi. I Päijät-Häme hade specialiteterna öron-, näs- och halssjukdomar, kvinnosjukdomar och barnsjukdomar långa väntetider. I den nuvarande lagstiftningen föreskrivs ingen tidsfrist för det första besöket.

Trots att de kirurgiska köerna hade minskat under året, köade drygt hälften av dem som hade väntat på vård över ett halvår till kirurgisk vård. När det gäller de kirurgiska specialiteterna köade man fortfarande längst till ortopedi. I fråga om ögonsjukdomar samt öron-, näs- och halssjukdomar växte vårdköerna under sommaren. Inom specialiteten ögonsjukdomar hade antalet personer som väntat på vård i över ett halvår ökat med 45 procent och inom öron-, näs- och halssjukdomar med 67 procent.

Största delen av de vuxna patienterna inom specialiteten psykiatri fick vård inom tre månader. Totalt 11 patienter hade väntat i över ett halvår på att få vård. Inom barnpsykiatri hade 28 procent av alla som väntade på att få vård (341) väntat i 3–6 månader, och 8 procent hade köat i över ett halvår. Inom ungdomspsykiatri hade ingen väntat i över ett halvår, och 61 procent av de

unga fick psykiatrisk vård inom tre månader. Enligt lagen om specialiserad sjukvård ska barn och unga få psykiatrisk specialiserad sjukvård inom tre månader efter bedömningen av vårdbehovet.

Uppgifterna är tagna ur Stakes utredning av sjukvårdsdistriktens kösituation inom den specialiserade sjukvården den 31 augusti 2008. Föregående uppföljning gjordes i slutet av april. Tillsynsmyndigheterna, dvs. Rättsskyddscentralen för hälsovården och länsstyrelserna, känner till dessa statistikuppgifter.

Pressmeddelande 12.12.2008

Alkoholrelaterade behandlingar och dödsfall ökar

Förra året dracks det 1,9 procent mer alkohol än året innan, och antalet alkoholrelaterade sjukdomar visar inga tecken på att minska liksom inte heller de alkoholrelaterade dödsfallen. Det här framgår av Stakes årsbok om alkohol och narkotika 2008. I år utkommer den för första gången på webben och är fritt tillgänglig för alla.

År 2007 konsumerades det 10,5 liter 100-procentig alkohol per invånare. Den totala alkoholkonsumtionen ökade med 1,9 procent, dvs. 0,2 liter per invånare, jämfört med 2006. Ökningen beror på att den registrerade alkoholkonsumtionen ökat. Förra året var den totala alkoholkonsumtionen drygt 55 miljoner liter 100-procentig alkohol.

År 2007 registrerades på sjukhusens och hälsocentralernas vårdavdelningar drygt 37 500 vårdperioder med en alkoholrelaterad sjukdom som huvud- eller bidiagnos. Över 26 700 vårdperioder hade en alkoholrelaterad sjukdom som huvuddiagnos. I åldersgruppen 45–64 år behandlades mest alkoholrelaterade sjukdomar. Jämfört med året innan ökade antalet vårdperioder med nästan tre procent, och med cirka 12 procent jämfört med 2003. Förra året var antalet vårdperioder till följd av leversjukdomar orsakade av långvarigt alkoholbruk ungefär lika stort som 2006, men antalet vårdperioder till följd av psykisk störning och beteendestörning orsakad av alkohol fortsatte att öka. På vårdavdelningarna vårdades det 16 363 patienter med alkoholrelaterade sjukdomar.

Antalet dödsfall orsakade av alkohol fortsatte att öka. Den vanligaste dödsorsaken bland personer i arbetsför ålder (15–64 år) var en alkoholrelaterad sjukdom eller alkoholförgiftning. Antalet alkoholrelaterade dödsfall bland personer i arbetsför ålder ökade med 8,6 procent från året innan.

Perioder av sjukhusvård orsakade av narkotikabruk utgjorde en femtedel av alla alkohol- och narkotikarelaterade vårdperioder. Narkotikabruket låg bakom nästan hälften av perioderna av missbruksbehandling i åldrarna under 35 år. År 2007 registrerades på vårdavdelningarna inom hälso- och sjukvården 9 000 vårdperioder med en narkotikarelaterad sjukdom som huvud- eller bidiagnos. Enligt preliminära uppgifter hade narkotikabruk del i 234 dödsfall.

År 2006 orsakade alkoholbruket samhället 675–908 miljoner euro och narkotikabruket 197–281 miljoner euro i direkta kostnader. Hälso- och sjukvårdens och socialvårdens andel av kostnaderna var nästan hälften.

Pressmeddelanden från THL 2009

Pressmeddelande 12.2.2009

Poliovaccinivirus i prover från avloppsvatten i Tammerfors

I Tammerfors har man nyligen påträffat poliovirus av två olika typer i prover från avloppsvatten. Virusens ursprung är inte klarlagt, men de härstammar troligen från levande poliovaccin som används i andra länder. Inga insjuknanden har konstaterats. Det vaccin som används i Finland ger ett gott skydd mot poliovirus.

Poliovirus kan i värsta fall orsaka förlamningssymtom hos ovaccinerade personer. En person som har blivit smittad kan vara bärare och utsöndra virus utan att själv få några symtom. Eftersom poliovirus sprids via avföring, tar man prover på avloppsvatten för att kontrollera om det innehåller poliovirus.

I Finland görs regelbundna provtagningar på avloppsvatten på sex olika orter. Efter rapporter om vaccinderiverat vaccin i avloppsvatten i Tallinn i slutet av fjolåret har Institutet för hälsa och välfärd (THL) skärpt polioövervakningen i Finland och följer utvecklingen i Estland. Nu har man dessutom intensifierat provtagningen på avloppsvatten i Tammerfors. Under de närmaste sex månaderna provtas avloppsvattnet varje vecka.

Vaccinet ger ett gott skydd

Tack vare WHO:s program för utrotning av polio har nästan alla länder och kontinenter blivit fria från poliovirus av vildvirustyp. Sjukdomen förekommer numera närmast i Asien och Afrika. Årligen rapporteras ett par tusen nya fall, de flesta från Indien, Nigeria, Pakistan och Afghanistan.

Mot polio används två olika typer av vaccin. Den ena typen är ett vaccin som tas via munnen och som innehåller levande virus. Det är effektivt och billigt och används speciellt i länder där det fortfarande förekommer vildvirus. Levande vaccinvirus kan emellertid i sällsynta fall (1/1 000 000) orsaka polio hos personer med nedsatt immunförsvar. Levande vaccinvirus kan också spridas bland befolkningen, om inte en tillräckligt stor andel av befolkningen är vaccinerad. Virus som härstammar från vaccin har orsakat mindre utbrott i bl.a. Egypten, Haiti och Filippinerna.

Det vaccin som används i Finland är ett avdödat vaccin (IPV) som ges som injektion. I Finland är 96,8 procent av befolkningen vaccinerad med detta vaccin. Vaccinet ger också ett gott skydd mot virus som härstammar från vaccin. Även i Tammerforsregionen är vaccintäckningen bland barnen hög (96–98 %) och så vitt man vet finns där inga områden med lägre vaccintäckning.

Läkarna vid Tammerfors universitetssjukhus har informerats om fyndet av poliovirus i avloppsvattnet, och polioövervakningen har skärpts.

Pressmeddelande 3.4.2009

Privata tillhandahåller redan nästan en tredjedel av socialtjänsterna

År 2006 tillhandahöll privata serviceproducenter, eller med andra ord organisationer och företag, 29 procent av socialtjänsterna och 19 procent av hälso-tjänsterna när man utgår från antalet anställda. Organisationerna tillhandahöll 18 procent och företagen 11 procent av socialtjänsterna. Organisationernas andel av hälso-tjänsterna var 5 procent och företagens var 14 procent.

På 2000-talet har den privata sektorns andel av både social- och hälso-tjänster ökat. Antalet anställda inom sektorn ökade också inom den offentliga sektorn, men mindre än inom den privata sektorn.

År 2000 var den privata sektorns andel av socialtjänsterna 21 procent. Andelen ökade med nästan åtta procentenheter på sex år. Både organisationernas och företagens andel ökade, men företagens andel ökade betydligt mer än organisationernas andel. En del av ökningen av de socialtjänster som företag tillhandahöll beror på att organisationer bolagiserat serviceproduktionen. Detta skedde särskilt 2004–2006. Under den perioden minskade organisationernas andel som serviceproducent.

I hälsotjänsterna ökade andelen privata tjänster mätt enligt antalet anställda ett par procentenheter från 2000 till 2006. På 2000-talet minskade organisationernas andel lite, medan företagens andel ökade med tre procentenheter. Mest ökade företagens andel 2004–2006.

År 2006 var den privata sektorns andel av socialtjänsternas personal störst i landskapen Kajanaland, Nyland och Kymmenedalen. Åland, Österbotten och Södra Österbotten hade de minsta andelarna. I hälsotjänsterna var den privata serviceproduktionens andel klart störst i Nyland och minst på Åland.

I slutet av 2006 arbetade 49 100 heltidsanställda inom de privata socialtjänsterna och 32 200 heltidsanställda inom de privata hälsotjänsterna. Kostnaderna för tillhandahållandet av privata social- och hälsotjänster uppgick till totalt 4,3 miljarder euro, av vilka socialtjänsternas andel var 1,9 miljarder och hälsotjänsternas var 2,4 miljarder euro. Största delen av de privata socialtjänsterna säljs till kommuner. Privata hälsotjänster köps mest av privatpersoner, arbetsgivare och Folkpensionsanstalten.

Uppgifterna finns i nätpublikationen Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa (Privat serviceproduktion inom socialvården och hälso- och sjukvården), som Institutet för hälsa och välfärd publicerar. Publikationen utkom i Stakes regi 2003, 2005 och 2007. Liksom tidigare år har ett stort antal experter ansvarat för utarbetandet av publikationen. I arbetet har deltagit såväl centrala registerförare, företrädare för serviceproducenter som de viktigaste användargrupperna.

Pressmeddelande 15.4.2009

Omfattande studie av pneumokockvaccin inleds

Institutet för hälsa och välfärd inleder en omfattande studie för att utreda om vaccinering av barn mot pneumokocker kan bidra till att minska förekomsten av lunginflammation, blodförgiftning och mellanöroninflammation. Studien genomförs i samband med normala besök på barnrådgivningen. Deltagande i studien är frivilligt. Under de två år som studien pågår räknar man med att cirka 90 000 barn i åldern under 1,5 år kommer att delta i studien.

Studien genomförs i samarbete med hälsovårdscentralernas barnrådgivningsbyråer och vaccinproducenten GlaxoSmithKline. I studien medverkar närmare 80 % av landets hälsovårdscentraler under åren 2009–2011.

Pneumokockinfektioner är en viktig sjukdomsorsak

På det globala planet är pneumokockbakterien (*Streptococcus pneumoniae*) den bakterie som orsakar den högsta dödligheten bland barn. I Finland orsakar pneumokockbakterier uppskattningsvis 10 000 fall av lunginflammation, 700 fall av blodförgiftning och 50 fall av hjärnhinneinflammation per år. De drabbade är framför allt barn och äldre.

Pneumokockinfektioner orsakar därtill varje år cirka 30 000 fall av mellanöroninflammation bland små barn. Hela 70 procent av alla barn drabbas av minst en mellanöroninflammation före två års ålder. Insättning av rör i trumhinnan för förebyggande av återkommande öroninflammationer är det vanligaste ingreppet inom barnkirurgin.

Finländska experter har förordat införande av pneumokockvaccinering i det nationella vaccinationsprogrammet.

Vaccinerna i denna studie är grundligt undersökta

Som undersökningsvaccin används ett nytt konjugatvaccin, Synflorix, som erhöll försäljningsgodkännande i mars 2009. Vaccinets sammansättning gör att det skyddar mot både sjukdomar orsakade av de tio vanligaste undertyperna av pneumokockbakterien och sjukdomar orsakade av hemofilusbakterien. Som jämförelsevacciner används vacciner som skyddar mot smittsamma leverinflammationer orsakade av hepatit A- eller hepatit B-virus.

Barnen bör vara minst 6 veckor och högst 18 månader gamla när de tas in i studien. Två tredjedelar av barnen får pneumokockvaccin och en tredjedel får någotdera jämförelsevaccinet. Alla barn som hör till upptagningsområdet för samma kommun eller rådgivningsområde får samma typ av vaccin, dvs. antingen pneumokockvaccin eller jämförelsevaccin. Barnen får 2–4 doser vaccin, beroende på barnets ålder vid intagningen i studien. Eftersom studien är blindad, får varken föräldrarna eller rådgivningspersonalen veta vilken typ av vaccin som har använts förrän hela studien är slutförd.

Det pneumokockvaccin som används i denna studie har genomgått omfattande prövningar och getts till ett stort antal barn, även i Finland, utan att några oförutsedda biverkningar har konstaterats. Jämförelsevaccinerna har funnits länge på marknaden och getts till miljoner barn världen över.

Heltäckande bedömning av nyttan av pneumokockvaccinering

Målet med studien är att utreda nyttan av vaccinering i stor skala. I första hand utreds nyttan för de vaccinerade barnen, men man vill också utreda om man genom att vaccinera småbarn kan minska förekomsten av pneumokocksjukdomar även i den ovaccinerade befolkningen. Samtidigt vill man utreda hur många vaccindoser vaccinationsprogrammet bör omfatta för att ge ett fullgott skydd mot pneumokocksjukdomar.

Inom gruppen små barn kan man på basis av tidigare studier vänta sig att användningen av det nya pneumokockvaccinet kommer att minska förekomsten av pneumokockorsakade hjärnhinneinflammationer och blodförgiftningar med cirka 90 procent, svåra lunginflammationer med 20–30 procent och alla former av mellanöroninflammationer med 10–30 procent. Vaccineringen kan också antas leda till en minskning av antalet ingrepp för insättning av rör i trumhinnan. Uppföljningsuppgifterna om vaccineffekterna hämtas ur de nationella hälsoregistren. Barnen i jämförelsevaccineringen får långvarigt skydd mot smittsamma leverinflammationer.

Vid sidan av huvudstudien genomförs en satellitstudie, där man undersöker hur vaccineringen inverkar på förekomsten av öroninflammationer och svalgbärarskap. Satellitstudien genomförs av Vaccinforskningscentralen vid Tammerfors universitet.

Mer information om studien ges i en broschyr som postas till småbarnsföräldrarna i de kommuner som medverkar i studien. För ytterligare information kan man vända sig till rådgivningspersonalen eller gå in på vår webbplats www.finip.fi. Man kan också ringa till vår telefonrådgivning.

Forskningsplanen har godkänts av Läkemedelsverket och fått positivt utlåtande från etiska kommittén vid Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt.

Pressmeddelande 29.4.2009

Förvaltningskulturerna står vid ett vägskäl – hur går det med klienten

Till följd av att servicen decentraliserats verkar förvaltningskulturerna hålla på och vittra sönder. Det att lagstiftningen inte följs och att man inte ställs till svars för det minskar lagstiftningens betydelse och legitimitet som riktlinje för samhällsverksamheten. Privatiseringen av servicen kan stärka den här utvecklingen, om man inte ingriper i utvecklingen. De största förlorarna är de klienter som inte klarar av att försvara sina rättigheter ens i enskilda servicesituationer.

THL:s expertgrupps andra rapport om strukturer, hjälplöshet och lagstiftning är klar. I rapporten framhävs det att myndigheten måste känna lagstiftningen och att en bestämmelse som är på lägre nivå än lagen och som strider mot den inte får tillämpas. Likabehandling kräver tidsmässig kontinuitet i tolkningen av lagstiftningen och i verksamhetskulturen och att tolkningen är oberoende av att enskilda tjänstemän eller anställda byts. När service som den offentliga sektorn ansvarar för tillhandahålls privat, ska servicen vara åtminstone av samma kvalitet som krävs om myndigheten tillhandahåller den i egen regi. Kraven på likabehandling berör alla och också den privata tjänsteleverantören.

Från och med 1990-talet har lagstiftningen om klientens självbestämmanderätt ökat. Ändringar motiveras ofta med att klientens ställning förbättras, men tas klienten med i planeringen eller genomförandet av ändringar i servicestrukturerna?

Strukturförändringar verkar i regel leda till att offentlig service tillhandahålls av allt större enheter. Det här är motiverat när produktiviteten förbättras. Men förändringarna i statens regionförvaltning, kommunernas inbördes avtal, frivilliga eller föreskrivna samkommuner eller regionala sammanslutningar samt avtal mellan leverantörerna av kommunservice och privat service gör det svårt för klienten att följa servicesystemets och myndighetens verksamhet. Öppenheten, som förvaltningens legitimitet bygger på, verkar försvagas. Hur inverkar det att servicen splittras på klientens möjligheter att skapa sig en helhetsbild av servicen? Hur tryggas möjligheten att fysiskt komma till servicen även i andra fall än de där man får reseersättning från sjukförsäkringen?

Den teknologiska utvecklingen och det att befolkningen åldras öppnar nya möjligheter till att utträtta ärenden när man själv vill och på egna villkor, till tekniska lösningar som underlättar vardagen och till hjälpmedel. Samtidigt frigörs både mänskliga och ekonomiska resurser, vilket förutsätter en ny typ av etiskt övervägande. I vilken utsträckning kan teknologin ersätta mänsklig hjälp? Hur garanteras det att alla människor har möjlighet att utnyttja teknologin och den elektroniska kommunikationen när de blir vanligare?

Utredningen granskar lagstiftningen om servicestrukturerna ur förvaltningens och social- och hälso-tjänsternas klienters, köparen av privata tjänsters, överskuldssatta klienters och utmätningsklienters perspektiv. Dessutom granskas också intressebevakningens och den rättsliga hjälpens möjligheter att stödja funktionshindrades möjligheter att utträtta ärenden.

Pressmeddelande 30.4.2009

Hälso- och sjukvården börjar tillämpa beredskapsplanen för pandemi

Igår höjde WHO pandemivarningen till nivå 5, eftersom det är uppenbart att viruset i allt större utsträckning har anpassat sig till människan, att det smittar från människa till människa och att det finns i två länder inom en av de regioner som WHO har delat in världen i. I Finland innebär en höjning av varningsnivån att man fortsätter med de åtgärder som den nationella pandemiplanen föreskriver.

I enlighet med pandemiplanen förbereder sig sjukhusen och hälsovårdscentralerna i det här skedet för en eventuell pandemi genom att beakta beredskap för ett större antal patienter och genom att se över sina beredskapsplaner, inom centralförvaltningen förstärks ledningens koordinationsystem och dessutom förbereder man sig på att ta i bruk beredskapslager med läkemedel. Sektorerna utanför hälsovården förbereder sig på att verkställa sina egna planer. Social- och hälsovårdsministeriet sammanställer tillsammans med länsstyrelserna en riksomfattande lägesbild av situationen på hälsovårdsfältet.

Ministeriet har i dag gett nya anvisningar till läkare och apotek. Med anvisningarna vill man säkerställa att virusläkemedel endast föreskrivs till vård av patienter som har insjuknat.

Utöver epidemin i Mexiko finns det också små lokala epidemier eller enskilda fall i olika delar av Nordamerika, och enskilda fall i Europa och Asien. Inom de närmaste dagarna kommer antagligen antalet laboratoriebekräftade fall att öka kraftigt när uppföljningssystemen effektivteras. Uppgifterna om hur lätt viruset smittar från människa till människa och vilka allvarlighetsgrader sjukdomen har är fortfarande mycket bristfälliga.

WHO vill fortfarande inte rekommendera att internationellt resande begränsas eller att gränser stängs. Enligt Finlands utrikesministerium ska man undvika icke nödvändiga resor till de drabbade områdena i Mexiko och USA.

I dag har THL delat ut på Helsingfors-Vanda flygplats anvisningar för resenärer som återvänder till Finland. Luftfartsverket delar ut anvisningarna också på andra flygplatser.

Ett mun- och nässkydd skyddar inte mot alla smittsätt

Droppar som sprids när en sjuk människa hostar eller nyser har endast en räckvidd på en meter. Influensaviruset kan också smitta genom luftvägssekret på händer. Att tvätta händerna förhindrar att en frisk människa får smittan via dem och att en människa med symtom sprider sekret i sin omgivning. När man hostat eller nyst, ska man genast tvätta sina händer med tvål och vatten eller rengöra dem med desinficerande handdukar.

Om ett mun- och nässkydd används på fel sätt, kan det till och med öka risken för att få smitta. WHO och Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) rekommenderar inte att symptomfria människor använder mun- och nässkydd i större omfattning.

Vid hälso- och sjukvårdsenheterna kan man ge en patient som har symtom och som kommit för att få vård ett mun- och nässkydd av papper för att skydda personalen och de övriga patienterna mot smitta.

På sjukhusen finns det separata anvisningar för personalen om användningen av andningsskydd, t.ex. i situationer med åtgärder som resulterar i finfördelad aerosol.

Mer information om den så kallade svininfluensan finns på social- och hälsovårdsministeriets och Institutet för hälsa och välfärds webbplatser: www.stm.fi/influenssa (svenska) och www.thl.fi

Pressmeddelande

Influensa A(H1N1)-viruset sprids på olika håll i världen, de nationella beredskapsåtgärderna fortsätter

Influensa A(H1N1)-viruset sprids på olika håll i världen. Utöver epidemin i Mexiko finns det också små lokala epidemier eller enskilda fall i olika delar av Nordamerika. Inom Europa har antalet sjukdomsfall ökat snabbast i Spanien, men även där har så gott som alla laboratoriebekräftade fall fått smittan under en vistelse i Mexiko.

Enligt den rapport som Europeiska smittskyddsmyndigheten ECDC gav onsdagen den 6 maj är det totala antalet laboratoriebekräftade sjukdomsfall orsakade av influensa A(H1N1)

1 652 (en ökning med 383 från igår) i sammanlagt 22 länder. Det har rapporterats 942 fall från Mexiko (en ökning på 215; 29 laboratoriebekräftade dödsfall), 403 fall från USA (en ökning på 124; 2 dödsfall) och 165 från Kanada (en ökning på 25). Från 11 länder i EU och EES/EFTA har det rapporterats sammanlagt 125 laboratoriebekräftade fall (en ökning med 18 från igår). I dag har Sverige rapporterat det första laboratoriebekräftade fallet.

I tre länder i EU och EES/EFTA har myndigheterna rapporterat sammanlagt 17 personer som har fått smittan men som inte har besökt Mexiko innan de blev smittade. Det är uppenbart att smittan har överförs från en person till en annan i landet i fråga. I Finland finns det inga nya misstänkta influensafall under utredning. WHO har inte fattat några nya beslut eller utfärdat nya rekommendationer om pandemivarningsnivån eller bekämpningsåtgärder.

De nationella beredskapsåtgärderna inför en influensapandemi fortsätter

Enligt expertbedömningar är det nödvändigt att fortsätta de nationella beredskapsåtgärderna inför en influensapandemi, eftersom uppgifterna om hur lätt viruset smittar och hur allvarlig sjukdomen den orsakar fortfarande är bristfälliga. I dag har social- och hälsovårdsministeriet skickat till länsstyrelserna, sjukvårdsdistrikten och kommunerna ett nytt brev om att förbereda sig på en influensa A(H1N1)-epidemi.

Länsstyrelserna, sjukvårdsdistrikten och kommunerna uppmanas se till att hälso- och sjukvårdens regionala pandemiberedskapsplaner fungerar och att man i planerna beaktat samarbete med socialvården och den privata sektorn, bland annat företagshälsovården. Ett eventuellt pandemihot måste också beaktas vid uppskattning av de närmaste månadernas personalbehov.

Enligt anvisningarna uppmanas patienter med symtom att först ringa till hälsovårdscentralen. De patienter som läkarna anser uppfyller kriterierna i falldefinitionen av misstänkt influensa A(H1N1) skickas tills vidare i regel till specialiserad sjukvård för provtagning och vård och för vidtagande av försiktighetsåtgärder. Beroende på hur epidemisituationen utvecklas, kan antalet patienter öka avsevärt under de närmaste veckorna och månaderna, vilket särskilt belastar primärvården.

Hälsovårdscentralerna måste också förbereda sig på telefonkö när patienter med symtom och oroliga medborgare ringer.

På social- och hälsovårdsministeriets och Institutet för hälsa och välfärds webbplatser finns det aktuella anvisningar som hela tiden uppdateras.

Pressmeddelande 12.5.2009

SHM och THL informerar 12.5.2009: Finland köper även prepandemiskt vaccin mot influensa A(H1N1) till hela befolkningen

Tillverkningen av prepandemiskt vaccin mot influensa A(H1N1) inleds. Social- och hälsovårdsministeriet (SHM) och Försörjningsberedskapscentralen har förra veckan gett Institutet för hälsa och välfärd (THL) fullmakt att göra ett köpeanbud på prepandemiskt vaccin. Tack vare anskaffningen kan personer som är permanent bosatta i Finland få en första vaccindos i ett så tidigt skede som möjligt ifall att H1N1-viruset utvecklas till en pandemi. Vaccinet är tillgängligt om ungefär 4–6 månader.

Anskaffningen av vaccinet genomförs som en del av H5N1-vaccinavtalet (fågelinfluensa) som ingicks tidigare. Helhetspriset är 5,2 miljoner euro. I och med anskaffningen har Finland prepandemiskt vaccin mot eventuella H5N1- och H1N1-pandemier i lager.

Ett prepandemiskt vaccin är ett vaccin som tillverkas före en pandemi. Det tillverkas av ett virus som man antar att antingen som sådant eller som förändrat orsakar en pandemi. Vid en pandemisation kan viruset redan ha förändrats vilket kan leda till att den skyddande effekten försvagas.

Finland har ingått ett avtal om en så kallad köplats för specifikt vaccin

Vaccinering anses vara den effektivaste metoden att förebygga dödsfall och allvarliga sjukdomar som orsakas av en influensapandemi. För att garantera ett tillräckligt skydd behövs förutom prepandemiskt vaccin också åtminstone en dos av ett så kallat specifikt vaccin som har tillverkats av influensapandemiviruset. Social- och hälsovårdsministeriet har redan tidigare beslutat att införskaffa specifikt vaccin mot influensa A(H1N1) genast då ett sådant är tillgängligt.

Ett specifikt vaccin kan börja tillverkas först då en pandemi har brutit ut och man känner till virusets noggranna struktur. SHM har gett THL fullmakt att ingå ett avtal om en så kallad köplats för specifikt vaccin med två vaccintillverkare. Vaccinet är tillgängligt ungefär sex månader efter att en pandemi har brutit ut.

Pressmeddelande 13.5.2009

TERVE-SOS 2009: Portalen HälsoFinland är en ny kanal till tillförlitlig hälsoinformation

Hälsorelaterad information hör till de mest sökta temana på webben. För att uppfylla det här informationsbehovet lanserades portalen HälsoFinland vid TERVE-SOS den 13 maj. Den är en lättanvänd kanal till hälsoinformation som den offentliga förvaltningen och organisationer publicerar. Portalen hittas på adressen www.tervesuomi.fi.

På webben finns det ett överflöd av information, men att hitta just den information man söker styrs ofta av slumpen och kvaliteten på informationen varierar. Portalen HälsoFinland, som är anpassad till klientens behov, skapar ordning i kaoset på Internet. Portalen bygger på ny webbt teknik, som ger möjlighet till exaktare och "intelligentare" informationssökning. När materialen förses med enhetliga så kallade metadata, kan datorerna koppla samman saker och ting som hänger ihop. På det sättet får användaren av portalen detaljerad och exakt information i stället för diverse sökresultat. Portalens sökmotor söker endast i sådant material som tillförlitliga informationslämnare som ingår i nätverket har skapat.

Myndighets- och organisationssamarbete skapar kostnadsinbesparingar

Genom att paketera hälsoinformationen i en sådan form som den semantiska webben kräver undviker man dubbelarbete, då material som redan finns kan användas om och om igen i andra system och i annat material. Informationsproduktionen kan delas upp mellan flera informationslämnare och resultaten kan kopplas samman, så att de är lättare att hitta och mer ändamålsenliga för användarna.

För upprätthållandet av portalen HälsoFinland ansvarar Institutet för hälsa och välfärd (THL). Uppbyggandet av portalen har finansierats av social- och hälsovårdsministeriet. I produktionen av materialet deltar en lång rad aktörer vid sidan av THL: Arbetshälsoinstitutet, Suomi.fi, Statskontoret, UKK-institutet, Evira, Alko, Finska Läkarföreningen Duodecim, yrkeshögskolan Savonia, Centret för hälsofrämjande, A-klinikstiftelsen, Föreningen för Mental Hälsa i Finland, Nyyti ry, Finlands Hjärtförbund, Diabetesförbundet i Finland och Västöliitto. Tekniska lösningar har utvecklats i Tekniska högskolans omfattande forskningsprojekt FinnONTO SW 2.0.



AVAUKSIA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2009

Petri Huhtanen, Päivi Hokka, Pia Mäkelä. Juomatapatutkimus 2008: aineistokuvaus
Avauksia 16/2009

Johanna Hiitola Erilaisin eväin huostassapidon jälkeen. Selvitys Tampereella, Hämeenlinnassa, Porissa ja Tampereen seutukunnassa vuonna 2007 lakkautetuista huostassapidoista
Avauksia 15/2009

Jouko Karjalainen, Olli Viljanen Arki kuntoon – lainrikkojien tuen tarve
Avauksia 14/2009

Simo Kokko, Eija Peltonen, Virpi Honkanen (toim.) Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja. Raportti perusterveydenhuollon vahvistamistoimien suunnittelutyöstä
Avauksia 13/2009

Pekka Ruotsalainen (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojenkäsittelyn tutkimuspäivät. Tutkimuspaperit 2009
Avauksia 12/2009

Eila Laukkanen, Teija Kemppi, Jari Kylmä, Arja Airaksinen, Antti Henttonen, Kaisa Haatainen. SIHTI-interventio. Nuoren ongelmien ja elämäntilanteen kokonaisvaltainen arviointi perustason ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä
Avauksia 11/2009

Hennamari Mikkola, Satu Kapiainen, Timo Seppälä, Mikko Peltola, Ulla Tuominen, Markku Pekurinen, Unto Häkkinen. Tutkimus terveydenhuollon maksukattojen yhdistämisestä
Avauksia 10/2009

Pasi Moisio. Vähimmäisturva ja köyhyysraja Suomessa
Avauksia 9/2009

Kerttu Perttilä, Pia Hakamäki, Timo Hujanen, Timo Ståhl (toim.). Terveystalouden edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa
Avauksia 8/2009

Päivi Nurmi-Koikkalainen. Vättilämätön apu elämisen mahdollistajana
Avauksia 7/2009

Marjaana Seppänen, Reija Heinola, Sirpa Andersson. Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä
Avauksia 6/2009

Mieli 2009
Avauksia 5/2009

Jan Klavus (toim.). Terveystaloustiede 2009
Avauksia 4/2009

Anna Forsman, Kjell Herbets, Esa Aromaa, Jyrki Tuulari, Kristian Wahlbeck. Kohti pohjalaista hyvinvointia: Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus 2008
Avauksia 3/2009

Sinikka Sihvo (toim.). Sukupolvien yli ulottuva vastuu ja tutkimuksen etiikka
Avauksia 2/2009

Maija Ritamo (toim.). Terve Kunta -päivät 21.–22.1.2009 Paasitorni, Helsinki
Avauksia 1/2009